354

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/delanecessitepou0000vari

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° Année 1909

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 8 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

Odilon de PAOLI

Docteur en Droit
né à Mamers (Sarthe), le 8 avril 1879

De la Nécessité pour le Médecin

D'OBTENIR LE CONSENTEMENT DE LA FEMME

POUR PRATIQUER UNE

OPÉRATION CHIRURGICALE

AU COURS D'UN ACCOUCHEMENT DIFFICILE

Président : M. BAR, *professeur.*

Juges : MM. QUENU, *professeur.*
RIBEMONT-DESSAIGNES, *professeur.*
FAURE, *agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
H. CHACORNAC et M. DOUTAUT, Éditeurs
9, rue de l'Eperon, 9

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladie des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DES-SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTETRICALE A LA FACULTÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

« Le nombre des affaires de responsabilité médicale a, depuis quelques années, augmenté dans des proportions considérables » écrit le professeur Brouardel (1). En 1876, on ne comptait chaque année qu'un ou deux cas d'expertise mettant en jeu la responsabilité médicale ; actuellement, on compte environ huit ou dix affaires de ce genre par mois. »

Nombreuses sont les causes de cet état de choses. Le nombre des médecins s'est accru d'une manière excessive. Les découvertes pasteuriennes ont donné à la chirurgie un essor considérable. Sous le couvert de l'antiseptie et de l'asepsie, les opérations chirurgicales se sont multipliées.

(1) La responsabilité médicale, 1898.

D'un autre côté, les rapports entre médecins et malades se sont modifiés.

La confiance est moindre, la diffusion dans le public des connaissances médicales fait souvent, du malade pour son médecin, un juge méfiant, presque toujours mal informé. « Autrefois, le malade mécontent à tort ou à raison de son médecin se plaignait à sa famille, à ses voisins ; au contraire aujourd'hui, le moindre petit fait de ce genre est aussitôt enregistré par la gazette locale, reproduit par d'autres journaux, et le parquet est mis en demeure de poursuivre l'affaire qui lui est indiquée par les malades, les familles, ou parfois même par un compétiteur peu scrupuleux. » (1)

Nous ne voulons pas faire ici une étude complète de la responsabilité ; nous ne suivrons pas la jurisprudence dans toutes les applications qu'elle en a faites. Nous en avons choisi un cas particulier. C'est celui où un médecin, appelé auprès d'une femme enceinte, prend sur lui la responsabilité de pratiquer une opération qu'il juge nécessaire, sans consulter la patiente.

Cette question fera le sujet de notre étude.

Dans la première partie, nous posons comme principe que le médecin, ce mot étant pris

(1) Brouardel.

dans son acception la plus générale, a besoin pour pratiquer une opération quelle qu'elle soit du consentement de son malade : après avoir rappelé les principes généraux sur lesquels repose la responsabilité médicale, nous reprenons, en les appliquant à notre étude, les arguments pour et contre cette responsabilité. Mais la nécessité du consentement n'est pas une règle absolue et nous verrons qu'il est des cas d'urgence où le médecin peut agir de sa propre autorité sans avoir à requérir de consentement.

Dans la deuxième partie, nous étudions l'application du principe précédemment établi dans le cas de la femme enceinte, cas très spécial, puisque non seulement l'existence de la mère mais encore celle de l'enfant à naître est intéressée à la réalisation ou à la non réalisation de l'opération ; nous discutons les droits de la mère et ceux de l'enfant, droits qui guident la conduite du médecin dans les cas difficiles où ils sont en opposition. Sur ce dernier point la controverse est vive actuellement; l'accord n'est pas encore fait entre juristes et entre médecins. Aussi avons-nous cru devoir développer particulièrement cette partie de notre travail.

PREMIÈRE PARTIE

PRINCIPE

Le Médecin doit obtenir le consentement du malade quand il s'agit d'une opération quelle qu'elle soit.

Dans un rapport fait à l'Académie de Médecine de Paris, le 29 septembre 1829, M. Double s'exprimait en ces termes : « C'est un mandat illimité qu'il faut auprès des malades ; l'art de guérir ne peut devenir profitable qu'à cette condition. En fait donc de médecine pratique, de même qu'en matière de justice distributive, les médecins, non plus que les juges, ne sauraient devenir légalement passibles des erreurs qu'ils peuvent commettre de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions. »

Le principe même de la responsabilité était par conséquent contestée. Cependant, cette théorie

absolue n'eut pas de succès en justice et le monde médical lui-même ne tarda pas à l'abandonner.

Nous ne suivrons pas la jurisprudence, avons-nous dit, dans les applications qu'elle a faites de la responsabilité médicale ; mais, cependant, nous ne pouvons pas commencer cette étude sans dire quelques mots des bases de cette responsabilité. Il nous est nécessaire de dégager les fondements ; après les avoir étudiés, nous verrons si, dans l'espèce qui nous occupe, nous pouvons nous y appuyer pour décider que le médecin qui aura passé outre à la volonté de son malade pourra être inquiété par son client mécontent.

Toute question de responsabilité doit être envisagée à deux points de vue : au point de vue civil et au point de vue pénal.

Responsabilité civile. — Il y a un grand intérêt à décider de suite si la responsabilité médicale est régie par les articles du Code civil, relatifs à l'inexécution des conventions, ou si l'on doit appliquer ceux relatifs aux délits et quasi-délits.

En cas d'inexécution des conventions, on répond de sa faute légère ; au contraire, dans les cas de délits et quasi-délits, toute faute, même légère, entraîne l'obligation de réparer.

On est ici dans la même situation que celle des officiers ministériels qui prêtent leur ministère en vertu d'un contrat. Y a-t-il contrat ? Le médecin tombe sous le coup de l'article 1137 du Code civil,

et répond de l'inexécution de ses obligations (1). Dans cette opinion, les articles 1382 et 1383 (2) n'entrant pas en scène, les médecins ne répondent pas de la moindre négligence ni de la moindre imprudence.

Toutefois, on appliquera dans certains cas la responsabilité édictée par les articles 1382 et 1383. Ce sera lorsqu'il ne sera intervenu aucune convention entre le malade et son médecin. Ces articles contiennent une règle générale, celle de l'imputabilité des fautes et de la nécessité de réparer le dommage que l'on a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence.

Nul doute donc que cette règle générale s'applique aux médecins quand ils causent un préjudice par leur faute.

Les partisans de l'irresponsabilité médicale soutiennent que vouloir rendre le médecin responsable, est une atteinte aux droits que confère le diplôme.

---

(1) Art. 1137. — L'obligation de veiller à la conservation de la chose, soit que la convention n'ait pour objet que l'utilité de l'une des parties, soit qu'elle ait pour objet leur utilité commune, soumet celui qui en est chargé à y apporter tous les soins d'un bon père de famille.

(2) Art. 1382. — Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

Art. 1383. — Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non-seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.

L'étudiant en médecine, disent-ils, est astreint par la loi à subir des épreuves multipliées, et le diplôme obtenu par lui, après de longues et laborieuses études, présente à la société les garanties de capacité les plus sérieuses.

D'accord, mais ce diplôme ne peut être un sauf-conduit qui permettra au médecin de commettre impunément toutes les imprudences volontaires ou involontaires.

Par cela même que la loi les investit d'un monopole, qu'elle leur garantit l'exercice exclusif de leur art, ils sont astreints à une plus grande circonspection.

« Il n'y a pas de droit contre le droit » disait Royer Collard, et les privilèges de la médecine, si grands qu'ils soient, ne sauraient aller jusqu'à constituer à son profit une sorte de justice exceptionnelle.

Assurément, les fautes légères ne sont point imputables aux médecins, parce qu'en toute chose il faut faire la part de la faiblesse humaine ; mais lorsqu'il s'agit d'un fait qui ne saurait échapper à celui qui est doué d'une intelligence et d'une attention ordinaires, ils sont responsables : *qui a non intellexerunt quod omnes intelligunt.* Les juges doivent donc les condamner s'ils ont commis une faute grossière, une grande négligence ; ils les déchargeront de toute responsabilité s'il s'agit d'une négligence qui peut être rejetée sur la faiblesse humaine. Mais dans quel cas y aura-t-il faute lourde, négli-

gence vraiment répréhensible ? On ne peut donner une réponse générale ; tout dépend des circonstances particulières qui varient à l'infini ; c'est au juge à les apprécier et à décider, suivant les cas, s'il y a lieu ou non à responsabilité. Dans cette matière, la loi les investit d'un pouvoir discrétionnaire, comme dans les cas où il s'agit d'apprécier la moralité d'un fait ; et quelle que soit leur décision, elle échappe à la censure de la Cour de cassation.

M. le Procureur Dupin s'exprimait ainsi, lors de l'arrêt de cassation du 18 juin 1835 : « Dans les questions de ce genre, il ne s'agit pas de savoir si tel traitement a été ordonné à propos ou mal à propos, s'il devait avoir des effets salutaires ou nuisibles, si telle opération était ou non indispensable, s'il y a eu imprudence ou non à la hasarder, adresse ou mal-habileté à l'exécuter, si avec tel ou tel instrument, d'après tel ou tel procédé elle n'aurait pas mieux réussi ; ce sont là des questions scientifiques à débattre entre docteurs et qui ne peuvent pas constituer des cas de responsabilité civile, ni tomber sous l'examen des tribunaux...

« Mais lorsque les faits reprochés aux médecins sortent de la classe de ceux qui, par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux discussions de la science, du moment qu'ils se compliquent de négligence, de légèreté ou d'ignorance des choses qu'on devrait nécessairement savoir, la responsabilité de droit commun est encourue et la compétence de la justice est ouverte. »

La responsabilité civile existe donc, soit qu'on s'appuie sur les dispositions relatives à l'exécution des conventions, soit qu'on se base sur les obligations résultant des délits et quasi-délits.

Responsabilité pénale. — Nous en avons fini avec l'étude de la responsabilité civile.

L'action civile est accordée à la victime pour obtenir réparation du préjudice qu'elle a éprouvée. Mais est-ce là la seule voie qui lui est ouverte ? Les articles 319 et 320 du Code pénal viennent nous renseigner.

Art. 319. — Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements aura commis involontairement un homicide ou en aura involontairement été la cause est puni d'un emprisonnement de 3 mois à deux ans et d'une amende de 50 à 600 francs.

Art. 320. — S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précaution que des blessures ou coups, l'emprisonnement sera de dix jours à deux mois et l'amende de 16 à 100 francs.

Ces deux articles consacrent l'existence de l'action correctionnelle. Cet action peut être intentée non seulement par l'individu lésé, mais encore lorsque celui-ci a gardé le silence, par le ministère public. Comme l'action civile, l'action publique ne peut prendre naissance qu'autant qu'il y a eu faute constatée résultant de maladresse, d'imprudence, d'inattention, de négligence et d'inobservation des règlements.

Un arrêt du tribunal correctionnel du Mans, en date du 6 février 1833, et confirmé par la Cour d'Angers du 1er avril de la même année, a posé les bases de la responsabilité pénale. La condamnation basée sur un défaut de précaution condamne un médecin à 6 jours de prison et 50 fr. d'amende, en vertu de l'article 320 du Code pénal.

Une sage-femme de Brive, atteinte d'un chancre au doigt et qui avait communiqué la syphilis à un grand nombre de femmes, a été condamnée, pour homicide par imprudence et blessures involontaires à deux années d'emprisonnement et à 50 francs d'amende.

Toutefois, il faut remarquer que les tribunaux n'ont pas à s'immiscer dans les querelles de la science ; leur mission se borne à constater en matière répressive, si l'homicide ou les blessures sont le résultat d'un fait d'imprudence de maladresse ou de négligence.

La responsabilité civile et pénale existe donc en matière médicale d'une façon générale.

La retrouvons-nous aussi dans l'étude du point particulier qui fait l'objet de ce travail ?

Si elle existe, a-t-elle la même origine ?

Les arguments que l'on a invoqués pour démontrer que les médecins ne devraient jamais être déclarés responsables de leurs fautes, n'ont-ils pas ici une autorité telle que l'on puisse déclarer que le médecin qui a procédé à une opération sans le

consentement du malade, n'est soumis à aucune responsabilité ?

Nous supposerons que le médecin est en présence d'un malade atteint d'une maladie grave, par exemple, un sarcome de la cuisse, véritable cancer à développement rapide.

La vie du malade est mise en danger ; seule une opération grave et mutilante peut le sauver.

Le médecin peut, évidemment, mettre le malade à même de choisir entre l'infirmité certaine et la mort probable et se conformer ensuite à sa volonté. Mais le médecin a pensé que c'était trop présumer des forces morales du malade que de le mettre en demeure de prendre une détermination de cette nature ; se croyant le seul juge de la situation, il a pris seul la décision d'opérer.

Le malade est chloroformé, l'opération pratiquée. Le médecin était en même temps chirurgien habile. Il a opéré brillamment ; aucune faute opératoire n'a été commise, le malade guérit rapidement.

En recouvrant la santé, l'amputé se rend un compte plus exact de sa nouvelle situation. Au lendemain de la maladie, il éprouvait un grand soulagement à se savoir sauvé ; mais bientôt ses sentiments changent ; il se voit dans l'impossibilité de gagner sa vie.

Le médecin qu'il remerciait avec effusion après l'opération, qu'il appelait son sauveur, lui apparaît maintenant comme un bourreau.

Il se rappelle qu'on ne lui a pas demandé son avis avant d'opérer. Si on l'avait consulté, il est bien sûr que jamais il n'aurait consenti à l'opération. La maladie dont il était atteint n'était, au reste, pas aussi grave qu'on a essayé de le lui faire croire. Le membre malade aurait peut-être guéri tout seul. Lorsqu'il apprend qu'il pourra peut-être obtenir une pension s'il fait condamner le médecin qui l'a opéré, vite, il intente une action.

Les faits sont prouvés. Le chirurgien ne cherche pas à se dérober. Il explique qu'effectivement, il n'a pas demandé au malade s'il voulait ou non subir l'opération. Mais il pense que son intervention était indispensable. S'il n'avait pas amputé le membre la tumeur osseuse se serait développée rapidement, aurait envahi les muscles, la peau, bientôt le bassin ; c'était la mort à brève échéance.

Dans ces circonstances, malgré la bonne foi du chirurgien, malgré la mauvaise foi de l'amputé, nous pensons que l'opérateur ne pourra échapper à une action en responsabilité.

Observons tout d'abord, que ni l'antique loi de ventôse an XI sur la responsabilité médicale en général, ni la récente loi de 1892, sur l'exercice de la médecine n'ont traité la question du consentement.

Cette action la baserons-nous sur les articles 1382 et 1383 du Code civil ? On a discuté — nous l'avons déjà vu plus haut — la légitimité de l'application de ces articles aux médecins.

Ce texte, a-t-on dit, n'est relatif qu'aux fautes commises entre personnes étrangères, l'une à l'autre, entre personnes qui ne sont unies par aucun lien de droit.

Lorsqu'il s'agit de deux personnes unies par un lien de droit quelconque, on se trouve en présence de fautes contractuelles, dont l'appréciation dépend non plus de l'article 1382, mais des articles 1137 et 1146 qui traitent des dommages-intérêts résultant de l'inexécution des contrats et des obligations. Or, le médecin est uni à son malade par un lien de droit. Dans les cas ordinaires où le malade choisit son médecin que ce soit un louage d'ouvrage, un mandat ou un contrat énoncé, peu importe, il y a contrat. Et même, dans le cas de réquisition par l'autorité ou dans le cas de traitement à l'hôpital, il se forme entre le malade et le médecin qui gère l'affaire du malade, le quasi contrat de gestion d'affaires, qui produit toutes les obligations du mandat.

C'est donc au point de vue des articles 1137 et 1146 qu'il faut se placer pour apprécier les fautes du médecin.

Or, ces textes ne sanctionnent par une condamnation à des dommages-intérêts que les défauts d'exécution ou les retards d'exécution du contrat intervenu Dans l'exemple que nous avons choisi, le fait par le médecin d'amputer son malade sans son consentement constitue-t-il un défaut ou un retard d'exécution de l'obligation prise de le soigner ? Evi-

demment non, puisque ce serait plutôt un excès de zèle.

Tout en reconnaissant dans l'existence d'un contrat la source d'une responsabilité réglée autrement que celle des délits et des quasi-délits, on est forcé d'admettre l'application de cette dernière responsabilité cumulativement avec la première dans les rapports des parties contractantes, à propos même de l'objet du contrat lorsqu'il y a de la part du débiteur tous les éléments d'un fait délictueux tel qu'il engagerait sa responsabilité envers un tiers si un tiers en eut été victime. Nous n'admettons donc pas que la responsabilité médicale qui nous occupe, soit uniquement une application de la responsabilité conventionnelle. Que l'on voie si l'on veut, dans le contrat qui unit le médecin à ses clients, un contrat de louage, de mandat ou de gestion d'affaires ; nous croyons volontiers que l'on pourrait appliquer les dispositions de la responsabilité conventionnelles aux médecins ; cela permettra de les rendre seulement responsables de leurs fautes lourdes. Nous ne pensons pas qu'ils échappent aux dispositions des articles 1382-1383 dans l'espèce qui nous occupe.

Toute personne dit la Cour de Cassation, est soumise à la règle des articles 1382 et 1383 du Code civil ; il n'y a pas d'exceptions que celles qui sont nominativement formulées par la loi. Aucune exception de cette nature n'existe au profit des médecins soit dans les lois de droit commun, soit dans la loi du 19 ventôse an XI, qui est le Code de leur institution.

Nous avons vu que les articles 1382 et 1383, sont relatifs aux fautes occasionnées par des délits et des quasi-délits. Trouvons-nous dans le cas de notre amputé, les éléments constitutifs de la faute? L'opération a été pratiquée dans les meilleures conditions possibles; aucune maladresse ou erreur n'a été relevée, mais elle a eu pour conséquence la perte d'un membre.

En examinant cette conséquence nous y voyons :

1° Un élément matériel qui est le fait dommageable.

2° Le dommage résulté d'un acte qui constitue la violation d'un droit.

En opérant sans le consentement du malade, le médecin a empiété sur les droits d'autrui. Il existe un certain nombre de droits inhérents à la nature humaine que toute personne a le droit de faire respecter: ces droits opposables à tous, aussi bien au médecin qu'à toute autre agresseur; ce sont, par exemple: la propriété, la liberté, l'intégrité de la personne civile, l'intégrité de la personne morale, c'est-à-dire l'honneur, etc.

Si l'on peut dire que nous ne rencontrons pas ici la faute de l'article 1382, on ne peut soutenir que nous ne sommes pas ici en présence du préjudice qu'indique le même article; l'infirmité résultant de l'opération n'a été prévue ni acceptée par le malade.

A cette manière de voir on a fait l'objection suivante :

Est-ce le fait par le médecin de passer outre à la volonté du malade qui est la cause du préjudice que lui a causé l'opération ? Est-ce que la question du consentement est pour quelque chose dans le succès ou l'insuccès du traitement ? Si l'absence du consentement était la cause du préjudice et constituait la faute de l'article 1382, il faudrait décider *à contrario* que le consentement du malade fait disparaître toute faute du médecin et lui assure une responsabilité absolue, ce qui est juridiquement faux. La seule influence que pourrait avoir le consentement du malade serait une atténuation et non la disparition de la responsabilité du médecin. Et encore faudrait-il pour cela assimiler le consentement du malade à une imprudence !

La question du consentement n'est, il est vrai, pour rien dans le succès ou l'insuccès du traitement. Mais on ne peut induire de là que le défaut de consentement n'est pas la cause du préjudice, pas plus qu'on ne peut décider que le consentement du malade fait disparaître toute faute du médecin. L'on confond ici deux sortes de fautes bien différentes : la faute opératoire que le médecin peut commettre et celle qui résulte du fait de ne pas avoir demandé le consentement du malade.

C'est de cette dernière seule dont il sera déchargé si le malade a consenti ; le chirurgien restera passible de fautes grossières qu'il a faites et qui ont pu faire échouer l'opération.

Le défaut de consentement du malade est suffi-

sant pour mettre en mouvement une action en responsabilité civile. Il nous était d'autant plus nécessaire de l'établir que nous pensons que l'action correctionnelle sera difficilement accordée. C'est que le principe « il n'y a pas de peine sans texte » domine tout notre droit pénal « Tribunaux et jurisconsultes dit, M. Léon Prieur (1) seront d'accord pour reconnaître que le fait, par le médecin, d'opérer un malade sans son consentement ne constitue ni une maladresse, ni une négligence, ni une inattention. C'est d'ailleurs le bon sens qui le veut ainsi. Il n'y a pas là non plus d'inobservation de règlements puisque si un règlement existait en cette matière la question que nous discutons se trouverait par là même tranchée. »

L'intérêt de la science, dit-on, veut que le médecin reste entièrement maître de son traitement sans avoir jamais à discuter avec des incompétents les procédés ou les méthodes à appliquer. Si le médecin est déclaré souvent responsable, il hésitera à employer les nouvelles méthodes de traitement ; la science piétinera sur place sans pouvoir avancer. Aucun praticien ne se risquera à pratiquer une opération qu'il jugera excellente, mais dont le seul défaut est de ne pas avoir été pratiquée par Hippocrate !

« A côté de la pratique élémentaire de la médecine que chacun peut contrôler et vérifier, et qui en

(1) Henri Robert off. Laporte.

constitue pour ainsi dire la partie mécanique et terre à terre, il est un domaine purement scientifique peuplé d'innovations, de découvertes géniales et aussi d'initiatives hardies, d'audaces généreuses et fécondes suggérées par le danger de l'heure présente, ce domaine des investigations de la justice, ne peuvent pas et ne doivent pas y pénétrer. Là, en effet, les règles connues, les sentiers battus de la routine ne peuvent pas guider les recherches. Le médecin dans la lutte désespérée contre la mort, faisant arme de tout comme il peut et comme il doit a le droit de ne s'inspirer que de sa conscience et de son devoir (1). »

Comme conclusion à cet exposé, nous citerons les paroles très sages de M. le Dr Picqué :

« J'estime, dit-il, que M. Sauvard en réclamant pour la médecine le droit de ce qu'il faut faire ne s'est pas placé dans la réalité des faits ; je pense, pour ma part, que dans l'ordre privé le médecin n'a aucun droit à invoquer. Appelé auprès d'un malade, son premier et unique devoir est de lui indiquer ainsi qu'à son entourage, ce qu'il considère comme la vérité. »

« Or aucune loi, aucun principe général, ne saurait prévaloir, contre les décisions plus ou moins justifiées des familles et souvent contraires à l'intérêt des malades.

« Parfois même, dans l'ordre plus concret, les ta-

(1) Tribune médicale, 16 mars 1899.

lents les plus éprouvés, les réputations les plus incontestées ne peuvent rien contre elles. Seule la confiance suffira à résoudre tous les problèmes, à solutionner bien ou mal toutes les situations. Elle est plus puissante que toutes les lois et parfois au-dessus de toutes les compétences ; la médecine n'a qu'à s'incliner. »

Ainsi donc c'est un droit absolu pour un malade de décider s'il supportera une opération. Ce principe absolu demande cependant une restriction. Il est des circonstannces graves où le médecin n'aura pas besoin du consentement du malade. Nous voulons parler du cas d'urgence.

C'est en mettant en évidence le cas où l'urgence est avérée que les partisans de l'irresponsabilité médicale dans la question du consentement sont parvenus à faire prévaloir leurs opinions. Il y a des cas où l'opération est jugée indispensable ; elle doit, pour être efficace, être pratiquée de suite; cependant on se trouve en présence de personnes ne pouvant manifester leur volonté ; le malade n'a auprès de lui aucun parent ou ami auprès desquels le médecin pourrait prendre conseil.

C'est chaque jour que se présentent de telles situations, dans la pratique privée comme dans les hôpitaux. On apporte sans connaissance un homme blessé dangeureusement. Une perforation intestinale est diagnostiquée ; il faut de suite pratiquer la laparatomie ; en opérant vite, on pourra aller chercher

la déchirure de l'intestin avant que les matières qu'il contient n'aient eu le temps de se déverser dans la cavité péritonéale où elles seraient une cause d'infection. Nous reconnaissons au médecin le droit d'agir, bien que le patient ne puisse être consulté. Dans ce cas le médecin ne relève que de sa conscience. S'il est prudent, il aura soin d'appeler un confrère pour discuter la question d'urgence, mais cette question une fois résolue, sa conduite, quelles que soient les suites de son intervention ne pourra être incriminée.

La Cour de cassation a jugé le 2 mai 1878 que l'article 29 de la loi de Ventose concernant les officiers de santé, cessait d'être applicable lorsque ces praticiens se trouvaient en présence d'un cas urgent. Ils ont alors le droit de pratiquer hors de la présence d'un docteur, des «opérations graves ». Ils peuvent alors invoquer l'article 66 du Code pénal qui prévoit le cas de force majeure. C'est à l'arrêt qui invoque cette exception qu'incombe la tâche de prouver qu'il y a force majeure.

Ainsi donc, dans ces cas d'urgence, la Cour de cassation reconnait des droits plus étendus à l'officier de santé. Mais la jurisprudence va encore plus loin : « L'urgence avérée autorise même un étranger à l'art médical à faire acte d'exercice illégal de la médecine, » à plus forte raison un médecin pourrait-il intervenir dans un cas semblable.

Ce sera au médecin à décider s'il y a urgence : mais, nous l'avons dit, comme cette urgence pourrait être discutée, il fera bien de la faire constater par un collègue lorsqu'il le pourra.

Il nous resterait, pour finir l'étude du principe de la responsabilité médicale en cas de défaut de consentement du malade à examiner quelques points secondaires. Ce seraient, par exemple : la façon dont le médecin doit préciser l'opération qu'il a le dessein de pratiquer ; la question de savoir si le malade peut opposer sa volonté au médecin dans le choix d'une opération ; mais ces questions seront examinées avec plus de fruit lors de l'étude que nous ferons de la situation de la femme enceinte. C'est surtout à l'occasion de cette situation et des difficultés qu'elle soulève que nous compléterons les données que nous avons posées jusqu'ici

Nous savons maintenant que le consentement du malade doit être obtenu par le médecin pour pouvoir procéder à une opération. Nous avons vu également la restriction qu'il faut faire à ce principe dans le cas d'urgence.

SECONDE PARTIE

APPLICATION DU PRINCIPE

Opérations sur la femme enceinte

Nous avons vu, par l'étude qui précède, la nécessité où se trouve le médecin d'obtenir le consentement du malade lorsqu'il voudra faire une opération. Nous avons réservé pour une étude spéciale le cas où l'intérêt du malade n'était plus seul en jeu. Il intervient un tiers qui lui aussi a des droits ; son existence est attachée à la décision que prendra le malade. Nous voulons parler de la femme enceinte et des droits que peut avoir le fœtus. La question du consentement requis pour opérer se complique ici par l'apparition d'un être qu'on ne peut consulter et dont l'existence doit être prise en considération. En général, dans une grossesse normale, la question

ne se pose pas ; on ne rencontre pas d'opposition entre les droits de la mère et ceux de son fruit. Après la conception, l'embryon se développe d'une façon normale, la santé de la mère est intéressée à ce que ce développement se continue d'une façon régulière. Lorsque l'époque de la délivrance arrivera, l'évacuation du fœtus se fera sans danger grave pour la mère. Après quelques jours, quelques semaines de repos, la jeune mère sera rétablie et sera redevenue apte à nouveau à créer de la vie.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Il arrive fréquemment qu'une grossesse est pour la femme la cause de souffrances intolérables, bien plus, il peut se faire que sa vie soit sérieusement menacée.

Partagée entre son désir d'avoir un enfant et celui de voir cesser ses souffrances, elle luttera courageusement. Ses souffrances lui feront aimer davantage le jeune être qu'elle a conçu. Mais son état s'aggrave ; ce sont des vomissements continus qui mettent sa vie en danger et restent rebelles à tous traitements ; ce sont des hémorragies terribles ou des attaques d'éclampsie ; le médecin appelé à son chevet a tout lieu de croire qu'avec la disparition du fœtus, disparaîtra tout danger.

Supposons que ces accidents ne se produisent pas. La grossesse paraît en bonne voie d'évolution. Mais un danger grave s'est révélé au médecin ; si ce danger est éloigné, il n'en est pas moins redoutable. Sous l'influence du rachitisme, le bassin de

la femme a subi des déformations. Il est beaucoup trop retreci pour permettre un accouchement normal. Jamais la tête de l'enfant ne pourra passer. N'est-ce pas au médecin à prévoir ainsi de loin et à essayer de délivrer la mère ? En agissant maintenant, il épargnera de grandes souffrances et les dangers d'une opération sanglante. N'est-il pas de son devoir de ne pas différer son intervention.

Mais le médecin n'a rien su de la mauvaise conformation du bassin. La jeune femme ne s'est doutée de rien ; elle a cru être conformée comme toutes les autres femmes, et ne souffrant pas, a laissé évoluer sa grossesse. Le moment des grandes douleurs est arrivé ; l'accouchement s'annonce comme difficile ; appelé, le médecin constate une grande disproportion entre le diamètre du détroit supérieur du bassin et la tête du fœtus. Il faut agir sans retard ; si l'on n'intervient pas, c'est la mort immédiate de l'enfant ; c'est la mort de la mère dans quelques heures.

L'opération nécessaire est grave ; l'accoucheur a plusieurs moyens à sa disposition.

Il peut, désireux avant tout de sauver la mère, pratiquer l'embryotomie, c'est-à-dire sacrifier l'enfant *in-utéro* et l'extraire ensuite par morceaux. Il peut, d'autre part, pratiquer l'opération césarienne ou la symphyséotomie.

Par ces deux opérations, il élargira la voie à l'enfant mais cela au détriment de la mère.

Il peut enfin provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Telles sont les opérations que le médecin peut être amené à faire pendant la grossesse, ou au moment de l'accouchement. Pour les pratiquer il lui faudra obtenir le consentement de la patiente. Mais ici, la question se complique de la présence de l'enfant conçu qui a des droits ; ces droits pourront être en opposition avec ceux de la mère. Le consentede cette dernière sera-il suffisant pour éviter au médecin toute poursuite légale lorsqu'il sacrifiera le fœtus ?

Il nous faudra d'abord établir la légitimité des opérations qui sacrifient le fœtus. Nous discuterons les droits de la mère et ceux de l'enfant ; nous verrons comment on les a envisagés aux différents points de vue légal, religieux, moral et scientifique.

La légimité du sacrifice du fœtus une fois établie, il nous restera à déterminer dans quelles conditions le médecin appelé auprès d'une femme en couches devra s'assurer du consentement de la patiente avant de pratiquer une opération.

Le médecin peut-il légitimement sacrifier le fœtus ?

Point de vue légal

Deux causes peuvent interrompre le cours régulier d'une grossesse : l'avortement et l'accouchement prématuré.

L'avortement est l'expulsion du fœtus lorsque celui-ci n'est pas encore viable. Cette viabilité est fixée légalement au commencement du 7e mois, physiologiquement, c'est aussi, à peu près à cette époque qu'elle commence.

Après cette date, l'expulsion du fœtus prend le nom d'accouchement prématuré. Le fœtus peut vivre de la vie extra-ultérine : il respire, il se nourrit. Entouré de soins d'autant plus munitieux qu'il sera plus jeune, il vivra, et son développement pour être plus lent que s'il continuait dans l'utérus maternel, se fera d'une manière progressive ; au bout de quelques mois ou de quelques années, rien ne permettra de distinguer le « prématuré » de l'enfant né à terme.

La définition juridique de l'avortement diffère de la définition médicale. L'avortement au sens légal est le fait de provoquer l'expulsion du fruit de la conception viable ou non aussi bien avant qu'après le 7me mois.

Chez tous les peuples civilisés, la pratique de l'avortement a été punie par les lois pénales.

Chez les Hébreux, la peine de mort était encourue par ceux qui avait procuré la mort à une femme dans le but de la faire avorter.

En Grèce, l'avortement était aussi pratiqué. Aspasie maîtresse puis femme de Périclès, était très versée dans les pratiques abortives. Elle écrivit même un traité de l'avortement dont Aétius nous a conservé des fragments.

Hippocrate dans le « de Natura pueri » rapporte une observation d'avortement provoqué par lui, chez une cantatrice, dont la grossesse altérait la voix.

L'avortement n'était considéré, chez les grecs comme un crime que si le fœtus était animé. Aristote et Platon enseignent que l'avortement est permis « pour arrêter l'excès de la population ; le magistrat pourra fixer le nombre des enfants. » « Si la mère vient à concevoir, elle est dans l'obligation de se faire avorter avant que l'embryon ne soit animé. »

A Rome, l'avortement devient une pratique courante. Ovide nous apprend qu'on y a recours pour faire disparaître les traces d'unions illégitimes et même « ut careat rugarum crimini venter.» A l'époque de Domitien, l'avortement se fait au grand jour.

Les lois romaines punissaient l'avortement. « Si mulierem visceribus suis vim intulisse quo partum abigeret, constituerit, eam in exilium præses provinciæ exiget » (1). Si la femme avait reçu de l'argent pour détruire son fruit, dans l'intérêt des héritiers du mari, elle était passible de la peine de mort. Les complices étaient punis de mort si la femme à laquelle ils avaient procuré l'avortement était elle-même morte.

L'avortement était autrefois puni en France de la peine de mort. Les capitulaires de Charlemag

(1) Loi VIII. Dig. ad legem Corni.

reproduisent les versets 22, 23, 24 du chapitre XXI de l'Exode.

Henri II formula en 1556 des dispositions restées célèbres. Les femmes ou filles qui, par crainte d'une réprobation générale, avaient tenu cachés leur grossesse et leur accouchement étaient punies de mort si leur enfant venait à mourir. Le motif de cette rigueur c'est qu'elles étaient coupables « d'avoir privé leurs enfants du baptême et de la sépulture en terre sainte. »

Après la révocation de l'Edit de Nantes, Louis XIV veut que l'édit d'Henri II soit, avec les pénalités qu'il comporte, lu dans les Eglises. Le clergé use de toute son influence pour faire exécuter l'édit ; il accable de peines spirituelles et d'excommunications les femmes qui ne font pas leur déclaration de grossesse. Ces moyens restant inefficaces, les membres du clergé dénoncent au magistrat civil tous les cas de grossesses qui leur sont connus.

L'ordonnance royale du 16 février 1680 interdit l'art des accouchements aux protestants ; la raison en est qu'en cas d'urgence ils ne pourraient conférer le baptême : le point de vue religieux domine toute la question de grossesse.

L'avortement, dit Dalloz, est le fait de provoquer l'accouchement, avant terme d'une femme enceinte dans le but de priver de l'existence l'enfant que cette femme porte dans son sein. L'avortement est un crime lorsqu'il est commis volontairement

« grave scelus est partûs abactio ». Quelques auteurs ont confondu ce crime avec l'infanticide. Le projet du Code pénal faisait cette confusion. Cambacérès combattit ce rapprochement. « Il ne faut pas, dit-il, confondre l'avortement avec l'infanticide. Dans l'état de relâchement des mœurs, il est possible qu'une mère séduite par une fausse honte croie plutôt prévenir qu'anéantir l'existence de l'enfant qu'elle porte dans son sein ; mais donner la mort à un enfant quand il est né est un acte de barbarie dont l'horreur ne saurait être palliée par aucune illusion » (1). Cette distinction est juste. La femme enceinte n'est pas retenue par l'amour d'un enfant qu'elle ne connaît pas, pour lequel elle n'a pas éprouvé les douleurs de l'enfantement ; elle est plus excusable quand elle se laisse entraîner par la seule crainte du déshonneur ; et puis est-il certain que cet être qu'elle détruit serait né vivant et viable ?

Le Code de 1791 renfermait cette seule disposition :

« Quiconque sera convaincu d'avoir, par breuvage, par violence ou par tous autres moyens procuré l'avortement d'une femme enceinte, sera puni de vingt années de fer. » Cette disposition incomplète ne punissait pas la femme.

Notre article 317 est ainsi conçu :

« Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments,

(1) Procès-verbal du Conseil d'Etat. Séance du 8 novembre 1908.

violence, ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non sera puni de la réclusion. La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement elle-même ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi. Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu. »

L'existence du crime d'avortement est donc subordonné à des conditions qui en forment les éléments constitutifs. Ces éléments sont l'état de grossesse, des faits matériel de nature à provoquer l'avortement et enfin une volonté criminelle.

La grossesse de la femme est une condition essentielle du crime d'avortement ; par suite si ces manœuvres étaient pratiquées sur une femme qui se croit faussement enceinte elles ne tomberaient pas sous le coup de l'article 317. Il y aurait là un crime impossible et par suite inexistant.

Les manœuvres abortives consistent, d'après l'article 317 dans l'emploi d'aliments, de breuvages, de médicaments, de violences ou de tout autre moyen de nature à produire cet avortement. Il n'est pas, du reste, nécessaire pour qu'il y ait crime que ces manœuvres aient été pratiquées du consentement

de la femme. Dans les deux cas, que la femme ait consenti ou non, il y a crime.

Dans le premier cas, il y a violences exercées contre l'enfant ; dans le second, c'est la femme qu'elles atteignent. Il est curieux de remarquer que la peine de l'avortement ne varie pas selon que la femme y ait consenti ou non. Notre Code a appliqué ici la règle d'après laquelle le consentement de la victime en matières de crimes ou délits contre les personne laisse entier le caractère criminel ou délictueux de l'action.

Il faut enfin pour qu'il y ait crime d'avortement que son auteur ait eu la volonté criminelle de son acte, de sorte que l'on ne pourrait pas considérer comme coupable d'avortement une personne qui, par suite de coups et blessures, aurait fait avorter une femme enceinte.

Telles sont les conditions nécessaires pour qu'il y ait crime d'avortement.

Il faut remarquer que l'article 317, édicte des peines particulièrement graves pour les médecins, chirurgiens, officiers de santé et pharmaciens. Le législateur punit plus sévèrement ces personnes parce qu'elles ont fait usage, pour détruire, d'un art qu'elles ne doivent exercer que pour conserver.

Une jurisprudence presque constante assimile les sages-femmes aux autres praticiens que nous venons d'énumérer.

Nous allons avoir bientôt à rechercher si l'avorte-

ment médical n'échappe pas à ces règles, si, dans certains cas précis, le médecin n'aura pas le droit de sacrifier la vie du fœtus. Mais, puisque nous en sommes à l'étude du Code Pénal, nous allons voir brièvement ce qu'il dit du crime, d'infanticide. Cela nous permettra, après cette étude d'examiner en même temps la légitimité de l'avortement médical et du fœticide thérapeutique.

Article 300. — Est qualifié infanticide le meurtre d'un enfant nouveau-né.

Article 302. — Tout coupable d'assassinat, de parricide, d'infanticide ou d'empoisonnement, sera puni de mort sans préjudice de la disposition particulière contenue en l'article 13, relativement au parricide.

La pénalité qui frappe le crime d'infanticide est donc la mort. En établissant une peine aussi grave, les législateurs ont peut-être manqué un peu de clairvoyance, dans tous les pays, les jurés hésitent à appliquer une peine édictée par une loi draconnienne ; les circonstances qui accompagnent l'infanticide font qu'en général la jeune mère qui s'en est rendue coupable, ne mérite pas les rigueurs de la loi. En répondant négativement aux questions qui leur sont posées, les jurés renvoient indemnes les accusées, de sorte que le but du législateur n'est pas atteint.

Cette pénalité de l'article 302, ne concerne que les crimes commis sur les nouveaux-nés ; mais que faut-il entendre par « nouveaux-nés » ?

Voici ce que dit à ce sujet un arrêt de la Cour de Cassation du 25 décembre 1835.

« En qualifiant d'infanticide et en punissant d'une peine plus forte le meurtre d'un enfant nouveau-né, le législateur n'a eu en vue que l'homicide volontaire commis sur un enfant au moment où il vient de naître ou dans un temps très rapproché de celui de sa naissance ; ces dispositions ne peuvent être étendues au meurtre d'un enfant qui a déjà atteint l'âge de trente et un jours et dont la naissance n'a pu rester complètement inconnue.... » L'article 300 du Code pénal n'a voulu protéger par un châtiment plus sévère la vie de l'enfant que lorsqu'elle n'est pas entourée des garanties communes et que le crime peut effacer jusqu'aux traces de la naissance. Cette jurisprudence n'a pas varié depuis ; il a été jugé depuis qu'une mère qui était accouché à l'hôpital et qui avait tué son enfant huit jours après sa naissance ne commettait pas un infanticide.

Pour qu'il y ait crime d'infanticide, il faut le concours de trois conditions : la volonté de tuer, que l'enfant ait vécu et que l'enfant soit nouveau-né.

Puisque l'infanticide est un meurtre, la condition essentielle de son existence est qu'il ait été commis avec l'intention de donner la mort. Ainsi, il ne suffirait pas d'une intention malveillante qui se traduirait soit par défaut de soins, soit par de mauvais traitements. Il faut l'existence d'une volonté criminelle constatée pour constituer le crime. La découverte du cadavre d'un nouveau-né ne peut faire préjuger cette volonté arrêtée. Il se peut que l'enfant soit mort avant la naissance ; peut-être la mort

de cet enfant est-elle naturelle sans que l'on puisse en faire rejaillir la faute sur la mère. La preuve de l'infanticide sera donc souvent très difficile à faire.

L'infanticide peut être pratiqué aussitôt que l'avortement ne l'est plus. Il n'est pas nécessaire pour qu'il y ait crime d'infanticide que l'enfant ait vécu de la vie intra-utérine. Il y aurait meurtre et, dès lors, infanticide, même à l'égard d'un enfant naissant, c'est-à-dire, non complètement sorti des voies maternelles.

Les auteurs sont divisés sur la question de savoir s'il est nécessaire que le meurtre s'exerce sur un nouveau-né vivant et viable.

Les uns faisant un rapprochement de la loi pénale à la loi civile, veulent que l'enfant non viable, qui, pour la loi civile n'est pas une personne, ne puisse être la victime d'un infanticide. Ces auteurs remarquent la différence des peines de l'avortement et de l'infanticide. Ils s'étonnent que dans le premier cas, alors qu'il y a eu meurtre d'un fœtus, peut-être plein de vitalité, la peine soit seulement la réclusion, tandis que, dans le second, la peine de mort sera appliquée contre ceux qui auront supprimé un enfant qui ne pouvait vivre.

Avortement médical. — Notre Code pénal punit sévèrement l'avortement et l'infanticide ; nous avons même vu qu'il aggrave la peine idictée lorsque l'avortement est fait par un homme de l'art. Et

cependant ces opérations sont fréquemment pratiquées par les médecins, qui, sauf quelques rares exceptions, les considèrent comme un moyen efficace auquel on doit avoir souvent recours pour sauver la vie de la mère. Il y a donc un intérêt très grand à distinguer l'avortement et l'infanticide criminels que nous venons d'étudier de l'avortement et fœticide thérapeutiques.

Nous avons vu que l'une des conditions de l'avortement criminel était l'intention coupable. Pour qu'un acte quelconque soit atteint par un texte pénal, il doit renfermer un fait matériel et l'intention coupable.

Or, le but de l'avortement médical n'est pas de supprimer une existence ; il tend à sauver une vie à une femme qui succomberait sans cela.

L'avortement provoqué de bonne foi dans un but thérapeutique n'expose l'accoucheur à aucune responsabilité pénale.

Par une application des principes généraux, il pourrait y avoir responsabilité civile si le médecin commettait une faute lourde, une erreur grave et inexcusable de pratique.

Nous trouvons dans notre Code pénal une autre disposition semblable à celle de l'avortement thérapeutique. L'article 316 punit très sévèrement les personnes coupables d'avoir pratiqué une castration. Comme pour l'avortement, une aggravation de peine frappe les hommes de l'art qui se seraient rendus coupables du crime de castration. Lorsqu'un méde-

cin aura pratiqué cette opération devenue nécessaire, il n'encourra aucune responsabilité du fait d'avoir fait une opération défendue par la loi ; c'est qu'alors il n'avait pas l'intention criminelle.

En 1896, le docteur Cullienworth, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, fut amené devant le Banc de la Reine dans les circonstances suivantes : il était accusé par une garde-malade d'avoir pratiqué sur elle une double castration, alors qu'il avait été convenu avant l'opération qu'un seul ovaine serait enlevé. Les débats de l'affaire furent très longs. Le tribunal ne retint pas comme grief le fait d'avoir pratiqué une opération défendue ; mais il discuta longtemps la question du consentement de la malade qui paraissait ne pas avoir été demandé. Il jugea qu'il y avait urgence pour la malade a être opérée et que celle-ci étant sous l'influence du chloroforme ne pouvait être consultée. Le docteur Cullingworth fut acquitté.

Briand et Chaudé disent « que dans des circonstances graves où, selon toute probabilité, la mère et l'enfant doivent succomber, il n'est nullement contraire aux lois et à la morale de conserver la vie de la mère aux dépens du produit encore informe de la conception.

Dubois avait déjà dit auparavant : « L'avortement provoqué par l'art est une opération pratiquée au grand jour, une opération qui ne peut blesser ni la conscience de celui qui l'exécute, ni celle de la

femme qui s'y soumet ; une opération enfin qui a pour but d'éviter un mal plus grand, de conserver l'une des existences compromises, celle assurément qui est la plus précieuse. Il est évident que l'article 317 relatif à l'avortement criminel ne saurait s'appliquer à l'avortement provoqué dans l'exercice régulier de l'art des accouchements. » (1)

L'avortement chirurgical, en cas d'angustie pelvienne, est justifié par la pureté des intentions et du but. Il ne tombera jamais sous l'application de l'article 317 du Code pénal. M. le Docteur Rousseau suppose le cas suivant :

« Un paysan russe était dans un traîneau avec sa femme et ses cinq enfants. Des loups se jettent sur les traces des voyageurs. Surexcités par la faim, gagnent en vitesse et sont sur le point de les atteindre : ils ne sont plus qu'à quelques pas du traineau. Le père doit sauver une partie de sa famille même aux dépens de ses membres ; un de ses enfants disparaît au milieu de la tourbe affamée. Retardés un instant par cet affreux repas, les loups recommencent leur poursuite. Successivement le père est obligé de jeter tous ses enfants en pâture aux poursuivants. Traduit devant les tribunaux par sa femme cet homme fut acquitté. Au point de vue moral, peut-être devons-nous blâmer ce paysan, mais appréciant sa conduite au point de vue de la péna-

(1) *Gazette Médicale*. — Mars 1883.

lité, on arrive à l'impossibilité de le condamner comme assassin de ses enfants. »

« Pour bien des personnes, dit le professeur Pinard, l'avortement provoqué signifie destruction, sacrifice du fœtus. Je ne saurais trop m'élever contre cette manière d'interpréter cette action ; l'accoucheur ne sacrifie pas le fœtus et il sauve la mère. Il ne sacrifie pas le fœtus puisque, sans son intervention celui-ci est fatalement condamné de par la mort de la mère ; il sauve la mère puisque si l'on n'intervient pas le fœtus et la mère meurent tous les deux. »

Concluons donc que l'avortement médical ne constitue pas un acte répréhensible en lui-même et que les peines édictées contre l'avortement ne peuvent l'atteindre.

Accouchement prématuré. — Lorsque le fœtus a acquis un certain développement il est en état de vivre de la vie extra utérine. Si l'accouchement se produit entre le 7e et le 9e mois de la grossesse, l'enfant mis au monde pourra vivre. La mort de l'enfant n'est plus ici la conséquence fatale de la délivrance de la mère. Pour cette raison, plus encore que pour l'avortement, le médecin peut provoquer la délivrance si la mère est en danger.

Le but de cette opération lui enlève, comme pour l'avortement, tout caractère illicite. Les dispositions du Code pénal qui punissent les coups et blessures faites à autrui exigent, nous l'avons vu, une inten-

tion qui fait défaut ici pour conférer à l'acte incriminé, son caractère délictueux. Le médecin veut, en pratiquant l'accouchement prématuré, épargner à la mère une opération sanglante ; l'enfant aurait, certes, un grand intérêt à naître plus tard ; il serait plus fort dans quelques semaines et par suite plus apte à se défendre contre les dangers d'une vie pour laquelle il n'est pas assez développé.

Mais ce n'est pas ce dommage que l'accoucheur recherche ; ce qu'il veut, c'est sauver à la fois la mère et l'enfant avec le minimum de danger pour l'un comme pour l'autre.

Fœticide. — La grossesse est à terme ; il ne s'est produit rien d'anormal pendant toute sa durée ; les douleurs de l'accouchement se font ressentir ; le médecin appelé constate que l'accouchement naturel est impossible ; la tête fœtale est trop volumineuse pour l'ouverture du bassin.

Le médecin accoucheur a alors le choix entre plusieurs opérations : broyer le fœtus ou faire sur la mère une laparatomie qui lui permettra d'extraire l'enfant vivant. Il se décide à sacrifier le fœtus.

La légitimité de cette opération a été et est encore discutée de nos jours.

Considérons-la pour l'instant dans ses rapports avec notre droit pénal. Ne sommes-nous pas ici en présence du crime d'infanticide que nous avons étudié précédemment ? Au contraire, le crime com-

mis ne peut-il pas être considéré comme un avortement.

Or, l'article 300 est ainsi conçu :

« Est qualifié infanticide le meurtre d'un enfant nouveau-né. »

Cet article suppose un nouveau-né tandis que le fœticide n'admet qu'un fœtus, qu'un être qui ne peut pas naître.

Verrons-nous davantage un avortement ? Voici ce que dit le Code pénal à ce sujet :

Art 317. — « Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, violences ou par tout autre moyen aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non sera puni de la réclusion. »

L'avortement suppose sur le fœtus in utero une intervention spontanée, destinée à supprimer secrètement et dans une intention criminelle le produit gênant d'une grossesse. Le fœticide suppose, au contraire, une intervention nécessitée par la force majeure qui résulte du danger couru par la mère et du conflit de sa viabilité avec celle de l'enfant. La force majeure efface ici la criminalité. Le fœticide diffère donc de l'avortement puni par l'article 317 par l'absence d'intention criminelle.

Tel est l'état de la question en France. A l'étranger, la situation est la même : partout les lois punissent sévèrement le meurtre du fœtus, sans faire d'exception pour le cas où le sacrifice du fœtus est

fait dans un but thérapeutique. Mais partout aussi, dans ce dernier cas, cet acte est considéré par les juristes comme n'etant pas punissable. Si la légalité de cet acte ne peut être établie, les arguments abondent pour en prouver la légitimité.

La question a surtout été discutée en Allemagne. Dans un travail très documenté, le Dr Sippel, de Stuttgart, fait l'historique de la question et donne l'opinion des juristes actuels. Il cite un travail important de Janouli qui est à la fois juriste et médecin.

Celui-ci reconnaît les droits de l'enfant : « L'enfant dans le corps de sa mère est un homme ; comme tel il faut lui accorder le premier et le plus haut des droits de l'homme, le droit à la vie. » Lorsque la question du sacrifice de l'enfant se pose, on ne saurait le légitimer par l'argument de la légitime défense.

Pour lui il a recours à un argument original : un contrat tacite passé entre la mère et l'Etat : « La femme peut, à son gré, éluder la fécondation. Si elle consent à devenir enceinte, c'est à condition qu'en cas de danger les accoucheurs lui offriront tous les moyens possibles de sauver son existence. Elle conclut avec l'Etat l'engagement de lui donner des citoyens, fût-ce même au prix d'un certain danger pour sa propre vie, mais à condition que ce danger pourra être conjuré. L'Etat conscient de sa propre détermination, et y trouvant son avantage accepte et le traité lie les deux contractants. Le cas qui nous occupe se présente-t-il, et la femme se

refuse t-elle à l'opération césarienne, alors elle en appelle à son droit d'après le traité, et l'Etat ne peut la forcer à l'opération.

« Si la mère abandonne la décision du médecin, elle renonce par le fait même de son silence, au droit que lui confère le traité et dans ce cas il faut faire l'opération césarienne. Les chances de l'opération sont-elles mauvaises, celles de la craniotomie favorables a la mère, alors il faut faire la craniotomie; de même, dans le cas où il y a incertitude sur la vie de l'enfant, même si la mère consentait à la césarienne.

Si par suite d'une syncope, la mère ne pouvait manifester sa volonté, il faut faire uniquement la craniotomie parce que la renonciation de la mère n'est pas présumable.»

Il faut également remarquer que pour le médecin appelé au chevet d'une femme en couches, il y a une collision de devoirs ; il ne peut accomplir le devoir de sauver l'enfant, si la mère ne veut pas sacrifier sa propre vie, ce à quoi elle ne peut pas être contrainte ; il ne lui reste plus alors qu'à accomplir l'autre devoir, qui est précisément de sauver la mère. L'inaction (c'est-à-dire, abandonner à la fois opération césarienne et craniotomie), serait une violation de deux devoirs à la fois.

Le médecin, lorsqu'il entreprend la craniotomie parce que la mère n'a point accepté l'opération césarienne, n'est pas punissable ; car, étant donné les

circonstances, il fait tout ce qui lui reste encore de possible ; il sauve la mère, ne pouvant tenter de sauver l'enfant.

Le juriste viennois, Frantz Edlen von Zeiller, s'était déjà occupé de la question en 1825. « La vieille philosophie qui a posé en principe fondamental l'amour de soi-même ou la tranquillité générale et qui, de là, tire cette règle qu'il vaut mieux préférer le moindre mal au pire, la vieille philosophie, dis-je, ne peut pas désapprouver le fait de tuer le fruit du corps pour que la mère ne succombe pas ; sans compter que la mère pourrait fort bien être sacrifiée pour une fausse couche, un enfant mort ou difforme. Seule la phisolophie critique ne permet pas qu'un homme quel qu'il soit, soit délibérément employé aux vues d'un autre ; elle ne permet pas davantage que pour la conservation d'une mère, le fruit du corps soit sacrifié. »

Zeiller invoque l'argument de légitime défense : « L'avortement doit être puni comme un crime, mais, celui qui tue quelqu'un par l'emploi d'un moyen de défense légitime ne commet pas un crime. Si la mère a le droit de tuer le fætus, le médecin a le même droit. »

Il s'appuie sur Kant : « Kant considère que des agissements illégaux en soi et criminels, faits en état de nécessité extrême ne sauraient être punissables parce que rien, même la menace de la peine de mort ne serait assez puissant pour empêcher

psychologiquement de saisir le moyen de salut qui se présente sur le moment. »

« Certes, aucun texte de loi n'établit que le médecin et la mère ne sont pas punissables. Ce serait introduire dans la loi une exception superflue. De même on tient pour superflues d'autres exceptions, par exemple, que les milices régionales puissent tuer les troupes ou parti opposé, agissant en ennemis, sans être punies. »

Les arguments des auteurs précédemment cités, sont combattus par Schaffrath (1) qui n'admet pas la validité de l'embryotomie sur l'enfant vivant.

A Zeiller qui oppose à l'enfant le droit de légitime défense, il répond que ce droit appartiendrait plutôt à l'enfant ; c'est la mère qui a placé un obstacle sur le chemin que l'enfant suivait tout naturellement. Lorsqu'on revendique pour la mère, l'état de nécessité, il prétend qu'on ne tient pas compte que l'enfant est dans le même état. « Celui qui se trouve en état de nécessité a le droit d'attaquer l'autre, mais en aucune façon un troisième qui n'est pas en cause.

Par suite, le médecin ne pourra en aucune manière prendre le parti de la mère contre l'enfant, s'il ne veut pas de plein gré s'exposer aux juges. »

Friedreich (2) au contraire pense que le sacrifice de l'enfant est légitime.

---

(1) De jure vitæ necis, quod competire dicunt médic obstretricio. — Rome 1840.

(2) Centralarchit für die gesamte. Staatsarzneikunde, 1844.

« L'avortement, dit-il, est puni par notre Code pénal, c'est un acte secret, criminel même dans la pensée de qui l'exécute et de celle qui s'y prête ou le demande « L'avortement médical, par contre, se fait au grand jour, dans le but de sauver une des existences condamnées, c'est une véritable opération qui ne peut offenser ni l'opérateur, ni la malade qui s'y prête. Le législateur, qui a prévu et puni la provocation de l'avortement criminel, n'a certainement pas pensé qu'un jour cet avortement pourrait devenir thérapeutique ; et même s'il l'avait prévu, il n'aurait pas établi une exception en sa faveur puisqu'elle découle d'une interprétation logique de la loi.

Au surplus, la provocation de l'avortement n'est pas l'unique procédé thérapeutique qu'il faudrait légitimer.

Les plaies et les mutilations que fait tous les jours la chirurgie par la guérison de douleurs intolérables, ou pour sauver la vie plus ou moins compromise, ne deviennent-elles pas des crimes si elles sont faites par d'autres mains que les nôtres et dans un but coupable ?

Et cependant la loi ne fait pas de distinction ; elle se contente de ranger les plaies et mutilation dans la classe des délits et des crimes ; les autres doivent être différenciés avec l'aide du bon sens.

De même, il est raisonnable de discerner que la défense de la loi ne s'applique pas à l'avortement

fait suivant les règles de l'art. Cette interprétation est depuis longtemps déjà, celle des accoucheurs d'un pays voisin, qui n'est pas moins éclairé et moral que le nôtre. En Angleterre, où l'avortement criminel n'est pas moins sévèrement puni qu'en France, le morcellement de l'enfant est toujours pratiqué si le rétrécissement du bassin est tel que la conservation du fœtus nécessite une opération dangereuse pour la mère.

En Allemagne existent les mêmes principes.

Friedreich conclut : « Seul, un parti pris, ignorant et aveugle, peut, encore aujourd'hui, voir dans la pratique de l'avortement thérapeutique une atteinte aux lois divines et humaines. »

Or, ils sont particulièrement importants les cas où un accoucheur fait volontairement et en pleine conscience un acte qui est punissable au point de vue de la loi, mais qu'il estime nécessaire par les devoirs de sa profession, acte qu'une justice éclairée ne doit pas punir.

Tels sont, la craniotomie, l'accouchement prématuré.

La légitimité, la nécessité de la perforation sont reconnues par toutes les autorités médicales lorsque le rétrécissement du bassin empêche l'accouchement et que la mère ne veut pas se soumettre à l'opération césarienne.

L'opération est justifiée par le fait même que le médecin appelé pour terminer l'accouchement se

trouve dans la nécessité, pour sauver la vie de la mère compromise, de sacrifier celle de l'enfant. Cependant, avant de recourir à ce moyen extraordinaire, le médecin devra s'efforcer d'employer les autres moyens en son pouvoir et, en particulier, de décider la mère à subir la césarienne.

La provocation de l'accouchement devient nécessaire si l'accoucheur, par suite de l'existence d'un retrécissement marqué du bassin, reconnait que l'accouchement, à terme par les voies naturelles n'est pas possible sans risques considérables pour la vie de la parturiente et que la seule chance de salut pour la mère et l'enfant est la provocation par les moyens médicaux, de l'accouchement, alors que le fœtus est déjà viable, mais pas encore assez développé pour ne pouvoir être extrait facilement.

La nécessité de ce moyen (opération salutaire et indispensable comme l'appelle l'Académie de Bruxelles) est reconnue par les autorités médicales. La pratique doit être regardée comme non punissable, car là encore intervient le cas de contrainte : si ce moyen, qui conservera probablement la vie de la mère et de l'enfant, n'est pas employé, ce sera presque certainement la mort pour la mère et aussi pour l'enfant.

Dans ses mémoires de médecine légale, Bocker (1) rapporte un cas dans lequel plusieurs médecins prussiens, appelés auprès d'une femme enceinte

(1) Archives de Schmidt 1857, n° 93.

dont la vie pouvait être sauvée seulement par un accouchemen prématuré, refusèrent de faire cette opération pour ne pas tomber sous le coup du paragraphe 181 du Code pénal prussien (si quelqu'un, par des manœuvres externes ou des médicaments, tue l'enfant dans le sein de sa mère — *sans ou contre la volonté de celle-ci* — ou s'il provoque l'expulsion du fœtus avant sa maturité — il sera puni de six à douze ans de réclusion).

Les cours de Hesse, de Bade, de Bavière, de Wurtemberg et de Hanovre ont tourné la difficulté en établissant la nécessité de l'intention criminelle pour constituer le délit.

Heimberger rapporte un argument nouveau (1). Pour ne pas tomber sous le coup de l'article 218 (meurtre volontaire de l'enfant dans le sein maternel) le médecin doit-il obliger la mère à se soumettre à l'opération césarienne ?

C'est juridique, mais inadmissible. Ou bien il pourrait abandonner la mère et l'enfant à leur malheureux sort. Dans de telles circonstances, la perspective de la mort sûre de la mère contraint à livrer la mère au couteau du médecin. Une troisième solution est possible : sacrifier le fœtus pour sauver la mère.

Si les deux jouissent de la protection légale de l'Etat, celui-ci, en cas de conflit ne peut pas venir en aide aux deux. L'Etat donne une protection

(1) Inollber die Straflosigkeit der Perforation. Munith 1889.

légale au fœtus, mais seulement à condition qu'il n'en résulte pas pour lui de conflit — et seulement dans le cas où le fœtus pourra naître par les voies naturelles. Par là, l'Etat montre l'intérêt qu'il prend à la conservation de l'enfant dans le sein maternel et d'un autre côté, il n'encourt pas le reproche d'oublier ses obligations envers l'être humain venu au monde.

Survienne le cas où l'accouchement est impossible ; la protection de l'Etat se retire du fœtus, il n'existe plus légalement, et sa destruction devient une action légalement indifférente ; elle peut être faite sans hésiter pour le salut de la mère.

Pour Wolff d'Elberfeld (1) le fœtus est un être vivant, une personnalité ; il n'a de rapport avec la mère que par son cordon qui l'attache à elle et le nourrit. Rigoureusement, l'avortement médical est un meurtre, cependant l'opinion de Wolff est que le médecin ne sera jamais en conflit avec la loi criminelle s'il fait l'avortement alors qu'il n'y a pas d'autre moyen de sauver la vie de la mère. Mais si la mère a le choix entre l'avortement et une opération — comme la césarienne — qui sauvera la vie du fœtus, alors le devoir du médecin est d'éviter de faire l'avortement.

Les opinions des légistes allemands sont, on le voit, assez partagées et les arguments donnés par

(1) « Der Künsliche Abortus ünd Senne Berecthigûny » Düsseldorfer Festschrift 1894.

les uns en faveur de la légitimité des opérations qui sacrifient l'enfant sont sévèrement combattus par d'autres.

On peut conclure avec Sippel : Pratiquement, le sacrifice de l'enfant en faveur de la mère, l'avortement, la craniotomie et l'embryotomie ne sont pas punissables et les applications du droit pénal moderne sur ce point sont partout les mêmes.

B **Point de vue religieux.** — Les dispositions du Code pénal concernant l'avortement et l'infanticide ne sont pas applicables aux opérations que le médecin accoucheur croit de son devoir de pratiquer contre le fœtus : avortement, accouchement prématuré et embryotomie. Au point de vue légal, ces opérations sont permises : leur pratique n'entrainerait une action en responsabilité pour l'accoucheur que si une faute lourde était commise. Le médecin qui, du consentement de la parturiente, aura pratiqué une de ces opérations ne pourra être inquiété. Mais il n'est peut-être pas suffisant pour lui de savoir qu'il échappera à la vindicte des tribunaux ; il se demandera peut-être si une autre voie ne lui est pas tracée par sa religion, par sa conscience ou par les maîtres de la science. Ces considérations seront-elles assez puissantes pour changer sa manière de faire ?

Les considérations religieuses, il est bon de le remarquer de suite perdent peu à peu de leur importance. Jadis elles étaient prépondérantes :

aujourd'hui en matière médicale, on pense qu'elles doivent céder le pas aux indications de la science.

La loi religieuse peut prendre soin des âmes de ses adeptes, mais elle n'est pas dans son rôle lorsque, empiétant sur le domaine de la science, elle indique aux médecins la voie à suivre pour la guérison de leurs malades.

Il est très utile cependant pour le médecin de savoir qu'elle est l'opinion de l'Eglise sur les opérations obstétricales qui tendent au sacrifice de l'enfant. La malade, à laquelle le médecin proposera l'avortement provoqué ou l'embryotomie comme ressource ultime peut être une catholique convaincue qui opposera un refus formel à ces propositions en arguant de ses croyances religieuses, de sa ferme volonté d'obéir aux ordonnances de l'Eglise, de sa crainte d'encourir des peines ou excommuniations dont l'Eglise menace ceux qui contreviennent à ses lois. Le plus irreligieux des médecins peut ainsi se trouver arrêté par une question de morale religieuse. Il importe donc à tous de connaître l'enseignement de l'Eglise, sur le fœticide sous ses diverses formes.

L'avortement criminel a été condamné par les lois religieuses.

La loi juive avait déjà émis depuis longtemps des dispositions concernant l'enfant avant sa naissance.

Le Concile de Constantinople de 682, veut que les peines de l'homicide soient appliquées aux personnes coupables d'un avortement.

Au Moyen-Age, l'Eglise distingue les avortements. Elle croyait alors, que le fœtus ne recevait une âme, qu'au moment où il est spécifiquement et sexuellement différencié, c'est-à-dire vers le quarantième jour pour les fœtus du sexe masculin et vers le 80e pour ceux du sexe féminin. L'embryon n'étant pas un être humain avant l'époque de son animation, il était permis d'en provoquer l'expulsion sans encourir de peines ecclésiastiques.

Le Concile d'Elvire défend aux prêtres de donner la communion aux femmes qui meurent de cette pratique d'avortement. Le Concile d'Ancyre se montre un peu plus clément en ne leur imposant que 10 années de pénitence. Le Concile de Lérida abaisse à 7 années le temps de pénitence.

Le Concile de Worms dit « que celui-là est coupable d'homicide qui, provoque la stérilité tant à l'égard des hommes que des femmes, et qui empêche la génération ou la conception d'un enfant. »

Sixte V déclare, le 16 novembre 1588, que les personnes qui aideront à un avortement seront excommuniées « ipso facto ».

Si l'Eglise catholique se montre aussi sévère, ce n'est plus dans un intérêt social ; c'est pour que le fœtus ne meure pas sans baptême.

A toute force, pour elle, il faut baptiser l'enfant. Celui-ci peut ne pas être né, ne pas avoir démérité : il a été conçu dans le péché. » Ce principe admis, tout en découle de la façon la plus naturelle, parfois

la plus tyrannique. L'Eglise convie tous ses membres, prêtres ou fidèles, à procurer aux nouveaux-nés le sacrement du baptême qui seul lui permettra de faire son salut.

Animés d'un zèle sacré, ils doivent être pour ainsi dire, à l'affût de toutes les naissances et de toutes les possibilités de naissances ; entre deux existences, l'une déjà régularisée au point de vue religieux par un baptême antérieur, l'autre encore hypothétique, mais à coup sûr privée de ce bienfait si l'on n'intervient pas, il ne saurait y avoir hésitation.

Et c'est ainsi que, beaucoup moins dans le but de sauvegarder des vies humaines, de prévenir des avortements ou des infanticides que dans celui d'assurer le baptême aux nouveaux-nés, fut promulgué le célèbre Edit du Roy Henri II sur la célation de la grossesse, en date de février 1556.

Le 31 mai 1884, l'Evêque de Lyon pose la question suivante à la Sacrée Congrégation du Saint-Office : « Peut-on enseigner, en sûreté de doctrine, dans les écoles catholiques qu'il est permis de pratiquer la craniotomie lorsque, faute de cette opération la mère et l'enfant périront tous deux, tandis qu'au contraire cette opération en faisant périr l'enfant sauverait la mère ? » La réponse fut que « la doctrine ci-dessus exposée ne pouvait être enseignée en sûreté de conscience. »

Le 19 août 1889, la même Congrégation étendait la réponse précédente à toute opération qui aurait

pour effet direct la mort du fœtus ou celle de la mère.

La portée de ce décret est considérable. En langage théologique, une doctrine que l'on ne peut enseigner en toute certitude de conscience est une doctrine fausse, aussi doit-elle être donnée comme telle dans l'enseignement et dans la pratique il faut la considérer comme interdite. Le 19 août 1889 Rome rend le jugement suivant : « Lorsque l'étroitesse de la mère ne permet pas de recourir à l'accouchement artificiel prématuré, il est néanmoins défendu de pratiquer l'avortement. »

L'avortement est formellement visé ; ce décret qui s'applique à un cas particulier est considéré par certains auteurs comme ayant une portée générale : dans tous les cas, l'avortement est défendu.

Enfin en 1895, Rome était interrogée par l'archevêque de Cambrai sur le fait suivant : Un médecin appelé à soigner une femme enceinte gravement malade constate que l'état de grossesse la met en danger. Il pratique l'avortement, mais l'enfant qui vient au monde, bien que vivant n'est pas viable à cause de son état de débilité. Le médecin demande au Saint-Siège s'il peut en sûreté de conscience agir comme il l'a fait précédemment : la Sacrée Congrégation a répondu « Non » le 24 juillet 1895.

M. le chanoine Moreau, théologien à la faculté catholique de Lille et le Dr Lavraud résument ainsi leur opinion sur l'avortement :

1° L'avortement ne doit pas être provoqué lorsque le fœtus peut évoluer naturellemeni jusqu'au terme et être mis au jour en recourant à l'opération césarienne ou à la symphyséotomie. Par conséquent, il n'y a pas lieu d'interrompre la grossesse dans le cas de rétrécissement pelvien ;

2° Les vomissements de la grossesse ne sont pas une indication de l'avortement ;

3° Au sujet du fibrom eutérin compliqué de grossesse, on laissera la grossesse suivre son cours.

L'Eglise ne pouvait se désintéresser d'une autre question : celle de l'opération césarienne pratiquée sur la femme morte.

Les premiers temps du christianisme devaient maintenir la *Lex regia de Numa Pompilius* en raison du baptême : de là le renouvellement fréquent de cette loi par les prescriptions de l'Eglise et par le Rituel romain qui, au titre « De bapt. parv. », prescrit cette opération en ces termes : *Si mater pægnans mortua fuerit, fœtus quamprimum caute extrahatur : ac si vivus fuerit, baptisetur.*

Fort de l'autorité du Rituel romain, M. Debreyne veut que l'on ouvre au plus tôt la femme morte en couches. Cette idée est excellente, mais encore faudra-t-il vérifier si la mort est bien réelle ; or il est bien difficile de décider d une manière absolue le moment d'opérer en raison de l'incertitude qui règne toujours sur la réalité de la mort. Il sera parfois très difficile à un habile pratricien de se faire

une opinion ; on voit le danger qu'il y a à permettre aux assistants de procéder à l'opération césarienne.

Actuellement la Cour de Rome semble entrée dans une voie moins intransigeante. Le 13 décembre 1899, elle détermine ainsi le rôle du prêtre : « Engager les parents à faire pratiquer l'opération et s'abstenir pour tout le reste. Si l'opération met au jour un enfant vivant, mais en danger de mort, baptiser cet enfant. »

Telle est, actuellement la doctrine de l'Eglise sur ces graves questions de pratique médicale. La Sacrée Congrégation du Saint-Office l'a mise en avant ; elle est enseignée dans les facultés catholiques. Mais ce n'est pas là un dogme qui s'impose à tous les catholiques. Pour eux, ils peuvent toujours dire que le Pape, seul arbitre infaillible de toutes les questions théologiques, ne s'est jamais prononcé sur ces questions ; « et qu'on ne dise pas que le Pape réserve ses décisions infaillibles pour les questions de dogme, il les a plusieurs fois données dans des questions de morale ». (1).

Une exception cependant a été faite récemment par l'Eglise dans un cas particulier : celui de la grossesse extra-utérine.

La présence du fœtus qui se développe dans la trompe utérine constitue une menace grave pour la vie de la mère pendant les quatre ou cinq premiers mois de la grossesse par suite du danger de rupture

(1) Thoyer-Rozat. Oresse médicale, 23 août 1902.

du « kyste fœtal » et d'hemorragie consécutive. Si la grossesse arrive près du terme, il faudra de toute nécessité pratiquer la laporotomie pour extraire le fœtus vivant ou mort.

Le 4 mai 1898, Rome déclare :

« En cas de nécessité urgente, on peut pratiquer la laparatomie pour extraire du sein maternel le fœtus ectopique, pourvu que l'on pourvoie autant que possible, sérieusement et par les moyens indiqués dans la circonstance, à la vie du fœtus et à celle de la mère. »

Ce jugement est important, car il admet qu'en cas d'urgence la vie du fœtus puisse être sacrifiée.

Ce jugement de la Congrégation du Saint Office est en contradiction avec les jugements rapportés plus haut. Pourquoi autoriser l'avortement dans la grossesse extra-utérine et le défendre dans la grossesse utérine ?

La vie de la mère est pourtant menacée aussi gravement, par exemple, par les vomissements incoercibles dûs au développement du fœtus dans l'uterus, que par les risques de rupture d'une grossesse ectopique. Le fait de « nécessité urgente » existe également dans les deux cas.

L'accouchement prématuré provoqué est admis par l'Eglise. Le 4 mai 1898, la Congrégation du Saint-Office déclare que : « l'accouchement artificiel prématuré n est pas illicite en soi, pourvu qu'on le pratique à une époque où il est inoffensif pour la vie de la mère et du fœtus.

C. **Point de vue moral.** — Les opérations qui sacrifient le fœtus sont, nous l'avons vu, permises par la loi. Mais le médecin qui aura à les pratiquer, pourra se demander si elles sont également permises par le droit naturel, et si, tout en se conformant aux dispositions du Code, il n'ira pas à l'encontre des lois plus générales de sa morale.

Nous avons fait, en étudiant l'opinion de l'Eglise catholique sur les opérations obstétricales, qu'énumérer les décisions qu'elle a rendues en cette matière. Nous ne sommes pas entré, à dessein, dans l'examen des préceptes des théologiens, nous réservant de les examiner en même temps que les décisions des moralistes.

C'est qu'en effet, les théologiens chrétiens ont recherché très souvent, au nom de la morale, quelle conduite s'imposait au médecin dans le choix des opérations obstétricales.

Nous retrouverons souvent, en étudiant les prescriptions de la morale, l'autorité des écrivains religieux.

Deux textes sacrés ont été mis en avant par les adversaires de l'avortement médical :

1° Le précepte de l'Exode : « *Insontem et justum non occides, qui adversor impiurum.* » Exode c. XXIII, art. 7.

2° Le précepte formulé par saint Paul dans l'Epitre aux Romains : « *Non faciamus mala ut eveniant bona ; quorum damnatio justa est.* » (Ep. de saint Paul aux Romains, c. III, art. 8).

« Vous ne ferez pas mourir l'innocent et le juste parce que j'abhorre l'impie ». Voilà certes l'idée, mais nous est-il possible de considérer le médecin qui cherche le salut de la mère dans la pratique de l'avortement ou de l embryotomie, *connud impie*, ce mot voulant dire ici méchant.

C'est en donnant au principe « non occides » une portée beaucoup trop générale qu'on a voulu prescrire l'avortement médical.

Or, il faut remarquer que ce principe s'applique surtout quand il s'agit de donner la mort dans un but criminel. A ce principe il peut être dérogé : Un homme privé peut défendre sa vie contre un agresseur injuste même en tuant celui-ci si cela est nécessaire : — « Tu ne tueras pas d'autorité privée, si ce n'est en cas de nécessité, l'injuste agresseur. » Cette dérogation n'est pas non plus une innovation. saint Augustin ne disait-il pas : « *Plus tenetur homo vitue veux providere quane vitue aliéna ?* » Il allait même plus loin ; il autorisait le meurtre de la femme surprise par son mari en état d'adultère.

A plus forte raison le droit de défense existe-t-il pour la mère : placée dans l'alternative de se sacrifier elle-même ou de sacrifier l'enfant, la mère se trouve dans la situation d'une victime sous le coup d'une agression. Peu importe que l'agresseur soit un fou, un animal, un enfant, un être responsable ou non : la victime prise dans la nécessité de sauver sa vie, a le droit de sacrifier celle de l'agresseur

quel qu'il soit. Dans la grossesse animale, l agresseur inconscient, c'est l'enfant qui met les jours de sa mère en danger, la mère victime a donc le droit de le sacrifier.

« Le Sage, dit Nœgelé, a appris de la raison, les barbares de la nécessité, les naturels de la coutume, les animaux sauvages de la nature même, à repousser par tous les moyens possibles la violence qui menace leur corps, leur tête, leur vie. Dans des circonstances semblables, la mère a le droit de donner ou de faire donner la mort à son enfant. En effet, le droit que nous avons de secourir nos semblables, nous confère le pouvoir de conserver une personne attaquée même par la mort de l'agresseur si on ne peut faire autrement. »

« Dès l'instant que l enfant est conçu, dit Tertulien, il est homme ; le tuer constitue un homicide. Mais lorsque l'accouchement naturel est impossible, l'enfant est immolé par une cruelle nécessité jusque dans le sein de sa mère. »

Sanchez et Goritia reconnaissent à la mère malade le droit de prendre des médicaments quand bien même ces médicaments amèneraient l'avortement, en les prenant, elle n'a en vue que de se sauver, non pas de faire mourir l'enfant.

Le 30 mars 1773, les Docteurs en théologie de la Sorbonne, consultés sur la question de savoir qui l'on devait sacrifier dans un accouchement difficile ont répondu :

a) L'opération césarienne peut-être pratiquée quand on a l'espoir de sauver ainsi la mère et l'enfant.

b) On ne peut l'employer au préjudice de la mère pour sauver l'enfant.

c) Lorsque la perte de la mère et de l'enfant est assurée, on peut pratiquer l'opération césarienne sans espérances bien fondées.

d) Lorsqu'on ne peut sauver que l'une des existences, la justice commande de sacrifier le fœtus, la charité veut que la mère se sacrifie. La mère en s'immolant fera un acte méritoire ; mais, au point de vue moral, on ne peut lui reprocher de ne pas sacrifier sa vie pour l'âme de son enfant.

L'étude des moralistes et des théologiens nous permet de décider que l'avortement et le fœticide sont permis par la morale. Il est une autre raison qui nous fait formuler cette conclusion : c'est que si chacun de nous se demande en conscience quelle conduite l'on doit tenir dans les questions graves où la vie de la mère et celle de l'enfant sont menacées, la réponse est favorable à la mère.

« Il est, dit Cicéron, une loi animée, une raison droite, convenable à notre nature, répandue dans tous les esprits, loi constante, éternelle, qui, par ses préceptes, nous dicte nos devoirs, qui, par ses défenses, nous détourne de toute transgression, qui, d'un autre côté, ne recommande ou ne défend pas en vain, loi à laquelle on ne peut opposer au-

cune autre ou y déroger, et qui ne saurait être abrogée. »

Notre conscience nous fera considérer comme barbare la conduite d'Henri VIII, roi d'Angleterre, assistant à l'accouchement de sa troisième femme, Jeanne Seymour. Comme les médecins se préparaient à broyer l'enfant pour éviter à la reine une opération césarienne, Henri VIII leur dit : « Sauvez l'enfant, car pour des mères j'en trouverai toujours assez. »

Le 19 mars 1811, une situation analogue se présenta à la Cour Impériale. Désireux d'avoir un enfant héritier de sa puissance, Napoléon avait répudié l'impératrice Joséphine et contracté un second mariage. Le vœu de l'Empereur allait être rempli ; l'enfant tant désiré allait naître. Mais voici que l'Empereur remarque les hésitations de Dubois et Corvisart appelés en toute hâte. Il se rend compte de suite que l'accouchement sera difficile. « Aussitôt le grand homme oublie toutes ses espérances d'avenir, et lui qui a répudié la femme de son cœur, lui qui donnerait toutes ses victoires pour voir vivre cet enfant tant désiré, n'a plus qu'une pensée, n'a plus qu'un cri : Sauvez la mère ! — Ce cri partait du cœur, c'était le cri de la nature, l'Empereur n'était plus qu'un homme. » (Cazeaux, Académie de Médecine, 1852.) Dans ces circonstances, toutes les ambitions, tous les calculs d'intérêt ont bien peu de poids ; si la réponse est toujours la même, c'est

qu'elle nous est dictée par des sentiments de justice innés en nous.

Le Docteur Dechambre résume bien notre pensée lorsqu'il dit :

« Celui qui prend la grave détermination de provoquer un avortement ou de broyer le fœtus pour sauver la mère obéit à quelque chose d'impératif, à ce sentiment irrésistible qui le prend aux entrailles, en même temps que l'époux, les parents, les amis, tous ceux devant qui le problème est actuellement posé. Dans cette heure suprême, il se fait dans la conscience une lumière devant laquelle se dissipent, comme l'ombre d'un nuage, toutes les obscurités du casuisme. On se rend à cette voix qui nous crie de sacrifier l'enfant et cette voix, nous le croyons sincèrement, est la conscience du genre humain. » (1)

Envisageons maintenant, non plus l'intérêt de l'individu, mais l'intérêt de la société. On a soutenu que l'existence de l'enfant « prometteur de forces et d'énergies » était plus précieux, au point de vue social, que celle de la mère, inapte à remplir normalement et profitablement les fonctions de la maternité. C'est, il nous semble, faire trop bon marché du rôle social de la femme que de l'envisager exclusivement comme productrice d'enfants.

Elle a un foyer, un mari et peut avoir déjà des

(1) *Gazette Médicale*, 27 nov. 1852.

enfants. Rien ne l'empêchera peut-être, après un accouchement prématuré, de mener à bien, dans la suite, de nouvelles grossesses.

D'un autre côté, cet enfant, dont l'existence demande la vie de sa mère, peut mourir en venant au monde, ou succomber avant qu'il ne soit devenu pour la société « une source nouvelle de forces et d'énergies ».

D. **Point de vue scientifique.** — Il est indispensable, pour établir la légitimité du sacrifice du fœtus, de passer maintenant en revue les opérations qui intéressent à la fois la mère et l'enfant.

Parmi les opérations qui peuvent être pratiquées sur la femme enceinte, nous n'envisagerons que celles qui ont un rapport direct avec l'existence du fœtus. Les unes interviennent à la fin de la grossesse ou pendant l'accouchement ; ce sont, d'une part l'embryotomie qui sacrifie le fœtus et, d'autre part, l'opération césarienne, la symphiséotomie, l'accouchement prématuré, qui ont pour objet la sauvegarde de l'enfant. D'un autre côté, au cours de la grossesse, le médecin peut être amené à faire l'avortement provoqué.

L'embryotomie prise dans son sens le plus étendu est une opération par laquelle on diminue le volume du fœtus pour rendre l'accouchement plus facile ou même possible. C'est essentiellement

une opération mutilatrice qui sacrifie forcément l'enfant, si celui-ci n'a déjà succombé.

L'embryotomie faite sur l'enfant mort a toujours été hors de discussion. Le cadavre du fœtus est un véritable corps étranger qu'il faut extraire ; pour cela, le broiement ou le morcellement sont les interventions qui font courir à la mère le minimun de danger. La seule discussion porte sur le degré de rétrécissement du bassin qui permet l'embryotomie.

Si, au détroit supérieur, la distance qui sépare la saillie du promontoire de la symphyse du pubis est trop faible, le fœtus ne pourra être extrait par les voies naturelles et il faudra de toute nécessité avoir recours à l'opération césarienne.

La plupart des accoucheurs pensent qu'au-dessous de 5 et même de 6 centimètres de diamètre, l'embryotomie n'est plus possible, du moins sans danger pour la mère.

La pratique de l'embryotomie sur l'enfant vivant, au contraire, a été et est encore très discutée. Il me semble cependant que, dans l'état actuel de la science, il existe des cas où, s'il y a viciation pelvienne bien entendu, le médecin peut, sans engager sa responsabilité morale, se décider à pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant. Car si la vie d'un enfant bien portant est assez précieuse pour qu'on impose à la mère les risques d'une opération telle que la césarienne ou la symphyséotomie, la vie d'un enfant compromis ne les vaut pas.

Elle était de pratique courante chez les anciens ; on la trouve signalée dans Hippocrate, Celse, Aetius. Sous l'influence des mœurs chrétiennes, elle perdit du terrain ; les praticiens les plus célèbres étaient d'avis qu'elle ne peut être pratiquée que sur l'enfant mort.

Autrefois, en Angleterre, l'embryotomie a été très en honneur. Les médecins y avaient recours pour éviter à la mère les risques d'une opération chirurgicale qu'ils considéraient à bon droit comme très grave.

En Allemagne, en France surtout, l'embryotomie a toujours été de pratique moins courante malgré le progrès de l'instrumentation et l'application de l'antisepsie et asepsie qui réduisent la mortallté pour la mère à un chiffre insignifiant.

L'Opération Césarienne est l'extraction du fœtus, non plus par les voies naturelles, mais par une section faite à l'utérus après l'ouverture de l'abdomen.

L'origine de l'opération césarienne pratiquée sur la femme morte remonte à la plus haute antiquité. Appollodore racontant la naissance d'Asclépias dit qu'Apollon ouvrit le ventre de Coronis tuée par Artemise et put ainsi sauver son enfant. Dans beaucoup de circonstances où des femelles portant des petits avaient été sacrifiées, on avait constaté, en examinant les entrailles, que le jeune animal était encore vivant. Les *Grecs* admettent la pratique consistant à extraire le fœtus après la mort de la mère. A Rome,

Numa Pompilius prescrivit sous forme de loi de ne pas laisser enterrer une femme morte en état de gestation sans avoir extrait l'enfant de son corps. Pline, rapportant la naissance de Scipion l'Africain, se trompe en ne la faisant remonter qu'à Jules César. Cette fausse origine a fait, dit-on, donner à cette opération le nom de Césarienne.

Chez les juifs, le Talmud et les codes postérieurs recommandent expressément sa pratique. La loi chrétienne la prescrit pour faire baptiser le fœtus sur le point de succomber avec sa mère.

C'est seulement à la fin du XV^e^ siècle et au comment du seizième que l'idée vint de pratiquer l'opération Césarienne sur la femme vivante. Vers 1500, un châtreur de porcs, Nuffer, de Thurgovie, ouvrit le ventre de sa femme en travail depuis 5 ou 6 jours et put extraire l'enfant vivant.

« Il est vraisemblable que deci delà dans des accouchements lents, alors que les femmes se désespéraient, des matrones faisaient appel à quelque chirurgien réputé hardi et heureux. Celui-ci arrivait. De diagnostic il n'en faisait guère ; que la femme fût une multipare qui eût accouché plusieurs fois spontanément comme Elisabeth Alespach, femme de Nuffer, il lui importait peu. Sans se soucier de l'état normal ou vicié du bassin qu'il ne savait pas connaître, il pratiquait la Césarienne.

« La mort de la femme était généralement le résultat de l'intervention. Cependant les rares succès

obtenus après de semblables opérations devaient frapper vivement les esprits, tant par les conditions dans lesquelles les interventions étaient souvent pratiquées, que par les amplifications apportées par l'imagination populaire à la relation des faits. Aussi l'accouchement Césarien ne cessa-t-il d'être pratiqué pendant la seconde moitié du siècle. »

« Rousset, en 1581, y eut recours dans tous les cas où il y avait obstacle à l'accouchement naturel quelle que fût la cause de la dystocie. Son but était d'obtenir un enfant vivant. Il y réussit souvent. Aussi présente-t-il ses résultats avec un orgueil dont témoigne le sonnet qui ouvre son traité de l'Hytérotomotokie.

> Amy, l'accouchement qui se présente ici
> Est un nœud gordien : Sois-Alexandre aussi.

Rousset eut des imitateurs qui rêvèrent d'être Alexandre. »

Le mouvement créé par Rousset ne s'étendit guère et si pendant le XVI^e^ et le XVII^e^ siècle la section Césarienne ne cessa d'être pratiquée, elle resta une opération de grande exception. Au XVIII^e^ siècle cette opération se généralisa davantage avec Aubeau, (1704), Simon (1761), Levret 1770), Lauveyat (1778) et Baudelocque qui perfectionna sa technique. Mais le renouveau de cette opération date de l'année 1882, où simultanément Kehrer à Heildeberg, Sänger à Leipzig publièrent leurs mémoires sur la conservation de l'utérus après la section césarienne

et sur l'avantage que présentait l'emploi des sutures utérines. A l'heure actuelle, il ne reste rien ou presque rien des procédés de ces deux grands praticiens. Cependant il y aurait injustice à ne pas retenir leurs premiers travaux grâce auxquels l'attention a été de nouveau attirée sur l'opération césarienne. Aujourd'hui où l'infection puerpérale est moins à craindre, grâce aux découvertes pasteuriennes, il est certain que cette opération prend de plus en plus d'extension et devient de pratique courante du moins à l'hôpital. Cela ne veut pas dire qu'elle constitue une opération sans dangers et que tous les médecins peuvent pratiquer. Elle ne doit être pratiquée que par des hommes ayant une certaine habitude des laparatomies. « Du reste, dit M. Bar, (1) dans une leçon à la Maternité de Saint-Antoine, pousser des médecins à entreprendre des opérations telles que la section césarienne et la symphyséotomie quand ils n'y ont été préparés par une sérieuse éducation chirurgicale, c'est encourager, non une féconde hardiesse, mais l'inconscience d'un trop grand nombre de praticiens déjà enclins à intervenir sans cesse. »

De plus, cette opération est dangereuse pour les risques qu'elle fait courir aux opérées au cours même de l'opération ou pendant les jours qui suivent : risques d'hémorragie grave, d'hémorragies

(1) M. Bar. — Première leçon clinique à l'hôpital St-Antoine. Janvier 1902.

secondaires, de phénomènes de choc, de complications au cours d'une nouvelle grossesse.

La section césarienne ne peut pas non plus être pratiquée n'importe où. Il faut aussi que le moment de l'exécuter soit favorable. « Pour donner de bons résultats, dit M. Bar, elle doit être faite dans un milieu où l'asepsie est parfaite, sur des malades saines et par des mains exercées. »

« Elle ne donnera de nombreux succès que si elle est faite avant le travail, à son début ou peu après celui-ci, quand aucun incident ne sera venu diminuer les chances de survie de l'enfant ou faire craindre que la mère soit sous le coup d'accidents infectieux. »

La symphyséotomie est la section de la symphyse du pubis. Elle permet l'écartement momentané des os iliaques et supprime l'obstacle qui barrait la route au fœtus. L'agrandissement du bassin rend possible l'expulsion spontanée ou l'extraction de l'enfant. Elle fut imaginée par Sigault, alors étudiant en chirurgie, et pratiquée par lui pour la première fois, le 30 septembre 1777, avec succès.

Très discutée dès son début, elle donna lieu à des controverses acharnées entre ses partisans et ceux de l'opération césarienne. Baudelocque lui fut particulièrement hostile.

Ses insuccès, dus surtout aux accidents d'infection, la firent abandonner dans tous les pays, sauf en Italie où elle fut pratiquée pendant tout le XIX^{e} siè-

cle, en particulier à Naples. Ce sont les travaux de Morisani et en France de MM. Pinard, Farabeuf, Varnier qui déterminèrent, en 1892, la « Renaïssance » de la symphyséotomie. Bénéficiant des progrès d'une technique meilleure et des bienfaits de l'antiseptie, elle se répandit rapidement en France et à l'étranger et tend à remplacer pour un certain nombre d'accoucheurs la césarienne et l'embryotomie dans la la plupart des rétrécissements du bassin. Ce n'est pas à penser cependant que la symphyséotomie ne comporte pas de risques. « La symphyséotomie, dit M. Bar, rend assurément de grands services ; mais elle constitue, de par la section de la symphyse, de par aussi toutes les manœuvres que comporte l'extraction du fœtus, une intervention sérieuse. La facilité avec laquelle s'aggrave toute infection après la symphyséotomie fait de celle-ci une opération grave qu'il ne faut entreprendre qu'après mûre réflexion ». « Moi, qui suis chirurgien, dit d'autre part M. Fochier (1), je considère que la symphyséotomie est plus grave que l'opération césarienne. Il y a plus de choc et les malades restent déprimés pendant toute la journée. En raison de ce choc, j'ai toujours peur après cette opération qui non seulement est sérieuse, mais encore se fait dans de mauvaises conditions. »

La symphyséotomie ne doit être pratiquée que

(1) *Annales de la Société obstétricale de France*, compte rendu des séances de la septième session.

dans des limites qu'il ne faut pas dépasser sans risquer d'aller au-devant d'échecs.

« La symphyséotomie, dit M. Bar, ne doit être pratiquée que sur des femmes non infectées, ou ne paraissant pas l'être, et dont l'enfant n'a pas encore souffert . » « Si vous vous trouvez devant une femme épuisée, ayant de la température, dont l'utérus laisse couler un liquide amniotique fétide, vous tenterez de terminer l'accouchement par une application de forceps, par une version et vous donnerez ainsi à l'enfant des chances de survie. »

« Mais si ces opérations vous semblent contre-indiquées, vous ne devez pas faire la symphyséotomie. » Dites-vous bien que cet enfant, même si ses battements cardiaques sont encore bons, est compromis ; qu'il risque de succomber pendant les premiers jours qui suivront sa naissance; que sa mort sera due à l'affection qu'il a contractée *in utéro*. Or dans de tels cas il ne reste pour toute intervention que l'embryotomie, même si l'enfant est vivant.

Il ne faut pas oublier, en effet, que la symphyséotomie est, comme nous le disions plus haut, une opération très sérieuse. Elle peut être suivie de prolapsus utérin, de troubles urinaires, avec ou sans déchirures de l'urètre ou de la vessie ; et parfois ces troubles urinaires constituent alors même qu'il n'y a plus de fistule, une véritable infirmité ; dans quelques cas enfin, rares mais certains, l'écartement permanent des pubis peut devenir une cause de

gêne dans la marche. Ce ne sont pas là des conséquences insignifiantes.

L'accouchement prématuré provoqué est de date récente. Il a été motivé par cette constatation que les enfants nés accidentellement entre le 8e et le 9e mois de la vie utérine sont le plus souvent viables et que les mères ne courent pas plus de danger dans le cas d'accouchement avant terme que dans le cas d'accouchement à terme.

Les accoucheurs anglais furent les premiers, vers 1756, à en proclamer la légitimité.

Maucalay, Kelly, à la fin du XVIIIe siècle, le pratiquèrent avec succès. En Allemagne, les travaux de Mai, Wenzel, Reisniger le firent adopter. En France, il fut énergiquement combattu par les accoucheurs au début du XIXe siècle, en particulier par Baudelocque : l'Académie de médecine à qui fut soumis le fait, en 1827, déclara que « la question était inconvenante » et qu'elle ne voyait pas de cas où il fût permis de la pratiquer.

Il fallut les efforts de Stolz, qui fit le premier accouchement provoqué en 1831, de Dezermens, Dubois, Velpeau pour le faire admettre. Aujourd'hui, il se pratique couramment ; pour M. Budin et ses élèves, il est le traitement de choix des dystocies pelviennes.

L'interruption de la grossesse doit avoir lieu à une époque où la viabilité du fœtus est assurée. Si la viabilité légale commence à la fin du 6e mois, la

viabilité réelle ne commence guère qu'au 8e ; plus près du terme naîtra l'enfant, plus il aura de chances de survie.

Nous connaissons, maintenant, les opérations qui se pratiquent à la fin de la grossesse et au moment de l'accouchement. A laquelle de ces opérations le médecin aura-t-il recours ? Sur ce point les opinions sont très partagées et l'accord est encore loin d'être fait entre médecins.

Au congrès de gynécologie et d'obstétrique tenu à Amsterdam en août 1899, la question suivante avait été posée : « Indications de l'opération césarienne et ses rapports avec la symphyséotomie, la craniotomie et l'accouchement prématuré artificiel. » Les rapporteurs étaient, pour la France, le professeur Pinard ; pour l'Allemagne, Léopold (de Dresde) ; pour l'Angleterre, Barnes, (de Londres) et pour l'Italie Pestalozza, (de Florence). Bien qu'ils parlent en leur nom personnel, leurs rapports mettent au point l'état de la question à notre époque.

Le professeur Pinard est un partisan ardent de la sympyséotomie ; il repousse énergiquement la pratique de l'embryotomie sur l'enfant vivant, de même que la provocation de l'accouchement avant terme, dont il était partisan avant la « renaissance » de la symphyséotomie.

Pour lui, l'accoucheur doit rester médecin dans tous ses actes. Dès qu'un enfant est conçu, nul n'a le droit de s'opposer à son développement ; l'accou-

cheur, toujours et partout, a le devoir de le protéger ainsi que la mère. La conduite d'un accoucheur envers une femme atteinte d'un rétrécissement du bassin, est simple : « l'embryotomie ne doit être faite que sur l'enfant mort. » L'accoucheur n'a le choix qu'entre deux procédés : l'agrandissement momentané du bassin (symphyséotomie) ou l'opération césarienne. Pour lui personnellement, il donne à la symphyséotomie la préférence sur la césarienne dans tous les cas ou le bassin a plus de 6 centimètres 5.

Barnes insiste sur la nécessité de pratiquer une intervention précoce avant que l'enfant n'ait souffert. Il est peu partisan de l'accouchement prématuré et de la symphyséotomie. Par contre, il pense que la césarienne est l'opération de choix : elle peut-être pratiquée quelle que soit la cause de la dystocie ; elle peut se combiner à d'autres actes chirurgicaux ; c'est le procédé le plus expéditif, c'est elle qui donne le moins de mortalité.

Pestalozza repousse l'accouchement prématuré. Il est partisan de la symphyséotomie pour les bassins dont le rétrécissement n'excède pas 7 centimètres ; s'il est plus considérable, il fait l'opération césarienne. Cependant, il laisse encore une large place à l'embryotomie, place de nécessité à l'heure actuelle : « Tous les accoucheurs n'ont pas le courage d'exposer une femme aux dangers irréparables d'une symphyséotomie ou d'une opération césarienne. Tous les locaux ne sont pas adaptés pour ces opé-

rations. Toutes les femmes ne se prêteraient pas de bon gré à une opération si sérieuse. Ces difficultés, on les rencontre plus rarement dans les maternités, mais assez souvent en ville »

Léopold est partisan de l'avortement provoqué pendant la grossesse dans les bassins au-dessous de 7 centimètres. Au moment de l'accouchement, il n'hésite pas à sacrifier l'enfant, si celui-ci est en état de souffrance.

Au-dessous de 9 centimètres, il fait la césarienne, dont il a été, et est encore le grand apôtre ; au-dessus de 6 centimètres 1/2, il fait encore la césarienne ou la symphyséotomie, à condition que les conditions d'installation soient favorables et que l'opérée puisse recevoir des soins convenables.

« Pour tous, dit-il, il y a ce but élevé à poursuivre : donner à la parturiente, quand c'est possible, un enfant vivant. Mais, bien au-dessus de ce but, il en est un autre : sauver à tout prix la vie de la mère. Il est plutôt possible de remplacer le père auprès des enfants ; mais une mère, jamais.

Si la femme dans de bonnes conditions peut supporter l'opération césarienne, je n'hésiterai pas à pratiquer cette opération, les autres moyens ayant échoué, s'il s'agit de sauver un enfant bien vivant. Mais si les doubles battements fœtaux sont restés d'une manière persistante défectueux, si l'on a observé des convulsions asphyxiques, alors on n'est pas autorisé, même dans une clinique, pour une vie

fœtale à peu près perdue, à mettre en jeu l'existence de la mère. Dans ces conditions, et dans l'intérêt de la mère, la perforation de l'enfant mourant est tout à fait justifiée ; qu'on s'applique à sauver une vie certaine, plutôt qu'une vie qui s'en va. L'accoucheur agira de même et encore avec plus de raison quand il sera appelé à opérer dans de mauvaises conditions de la pratique privée, dans le domicile mal aménagé de la parturiente. Qu'on se le figure opérant dans le domicile étroit et malpropre d'un travailleur ! La césarienne et la symphyséotomie sont des opérations graves, et l'on doit attacher une grande importance à l'insuffisance du milieu, de l'entourage, des auxiliaires, des soins consécutifs. Car à l'heure actuelle, ce fait reste établi que la mortalité maternelle de la perforation est supérieure à celle des deux autres opérations. C'est pourquoi, modifiant la formule du professeur Pinard, j'estime qu'il est plus vrai de dire que la perforation de l'enfant vivant, doit être le plus possible évitée et remplacée par une opération susceptible de sauver la vie fœtale, mais que néanmoins, dans certains cas difficiles, particulièrement de la pratique privée, il faut résolument lui donner la préférence sur la symphyséotomie.»

Avortement thérapeuthique. — C'est l'avortement provoqué en vue de sauver la vie de la mère, dans les cas où cette vie est en danger par le développement du produit de la conception. La vie du fœtus

est fatalement sacrifiée puisque l'avortement par définition se fait pendant les premiers 6 mois de la grossesse, alors que le fœtus n'est pas viable.

Aujourd'hui en France comme à l'étranger, la pratique de l'avortement médical est universellement admise, et la discussion ne porte plus que sur les indications ou contre-indications scientifiques, mais il n'en a pas toujours été ainsi.

« La société moderne, tout imprégnée de christianisme dans ses mœurs et dans ses lois était mal préparée à accueillir une telle innovation ; d'autres causes purement professionnelles, telles que la crainte d'un rapprochement avec les industriels qui sont la honte de la profession, l'accusation prévue de favoriser une coupable industrie, enfin la responsabilité personnelle dans un acte qui présente tous les éléments matériels du délit, devaient paralyser l'initiative des médecins et les rendre opposants » (1).

L'avortement thérapeutique a été employé d'abord en Angleterre, dès le début du XIXe siècle, comme l'accouchement provoqué dont la pratique a précédé et pour ainsi dire justifié celle de l'avortement. En France, cette intervention a été combattue passionnément à son apparition. C'est seulement vers le milieu du siècle qu'elle a été admise, à la suite d'une discussion célèbre, à l'Académie de médecine

(1) Jacquemier. Dictionnaire Dechambre. Avortement.

(1852). Cazeaux avait, à propos d'un cas du Dr Lenoir, posé cette question : « Dans les cas extrêmes de rétrécissements du bassin, est-il permis au médecin de pratiquer l'avortement dans le but d'éviter les chances si périlleuses de l'opération césarienne ? ».

La discussion fut ardente et parmi les adversaires de l'avortement il faut signaler Bégin, qui déclare, qu'à son avis la question qui occupe l'Académie est bien moins une question spéciale d'accouchements qu'un des problèmes les plus élevés de la pratique médicale, considérée dans ses rapports avec les lois religieuses et civiles, avec la morale, enfin avec la dignité de l'art et la mission qui lui est dévolue dans la société. C'est à ce point de vue surtout que l'avortement provoqué doit être discuté....

« Préoccupé de la conservation des principes et bien autrement ému au point de vue de la sécurité publique, des dangers qui peuvent résulter de la pratique autorisée de l'avortement provoqué que des quelques cas rares auxquels ils semblent applicables, je serais porté à vous proposer une désapprobation formelle de cette opération ; mais un jugement aussi sévère, aussi absolu, aurait le double inconvénient de jeter un blâme indirect et immérité sur des praticiens français et étrangers qui font autorité à juste titre, et de poser un obstacle susceptible d'empêcher, dans certaines circonstances, que toute prudence humaine ne peut prévoir, les

accoucheurs d'user utilement de la plénitude des ressources de l'art.

« En nous abstenant au contraire de toute approbation ou désapprobation formelle et en abandonnant la solution de la question à la conscience individuelle des accoucheurs, nous restons dans la réserve qui nous appartient, n'enchaînant pas l'avenir, n'anticipant sur aucun droit et imprimant à la pratique d'autant plus de circonspection que nous laissons aux hommes d'art toute la responsabilité de leurs actes.

« J'ai, en conséquence, l'honneur de proposer à l'Académie la réponse suivante à la question soulevée par M. le Dr Lenoir :

« Considérant qu'il serait dangereux d'émettre un jugement quelconque sur l'avortement provoqué en vue de conserver la vie gravement menacée de la mère, l'Académie ne délibère pas sur la 7e conclusion scientifique du rapport, abandonne à la conscience individuelle des praticiens l'appréciation des cas qui peuvent paraître nécessiter cette opération et la responsabilité de la conduite qu'ils choisiront. »

Cette façon d'apprécier la question ne prévalut pas et, dans la séance du 30 mars 1852, l'Académie, adoptant les conclusions du rapporteur, consacra le droit de pratiquer l'avortement thérapeutique. Elle appliqua le principe : « De duobus malis, minus malum est eligendum. »

L'avortement médical intervient dans des cas différents mais qu'on peut ranger dans deux catégories.

Dans une première série de faits, la vie de la mère est menacée directement et à brève échéance : le sacrifice de l'enfant est inévitable ; c'est le seul moyen de sauver l'existence de la mère, tels sont les cas de tuberculose pulmonaire à marche rapide, néphrite grave, accès précoces d'éclampsie, vomissements incoercibles persistants, certaines affections cardiaques.

M. Pinard, qui certes ne peut pas être accusé de négliger la vie du fœtus, impose l'avortement comme devoir dans ces cas.

Dans une seconde classe, rentrent les cas d'angustie pelvienne ; en première ligne viennent les retrécissements extrêmes du bassin de 6 centimètres et au-dessous. L'accouchement à terme ou avant terme de l'enfant vivant, même en agrandissant le bassin par la section de la symphyse pubienne, est impossible. Le problème est simple : sauvegarder d'une manière certaine la vie de la mère, en pratiquant l'avortement dans les premiers mois de la grossesse, ou bien laisser la grossesse aller à terme et extraire l'enfant par l'opération césarienne.

Les risques de cette dernière opération, nous l'avons déjà dit plus haut, se sont considérablement atténués depuis les progrès de l'antisepsie et de l'asepsie.

Longtemps la césarienne a donné une mortalité marternelle énorme, surtout dans les grandes villes, en particulier dans les Maternités de Paris où l'infection puerpérale régnait en maîtresse, à tel point que l'ouverture de l'abdomen était presque fatalement mortelle.

Aujourd'hui, que l'on connaît les causes de l'infection et que l'on sait les éviter, l'opération césarienne ne donne pas une mortalité supérieure à celle des autres opérations abdominales : faite dans de bonnes conditions d'installation, son pronostic est favorable et modifie les indications de l'avortement provoqué ; c'est seulement sur le refus formel de la mère de se soumettre à la césarienne que le médecin pourra pratiquer l'avortement. « C'est une opération rare ; on ne la pratique plus guère que dans les retrécissements extrêmes du bassin, en présence des résultats donnés par l'opération césarienne » (1).

Tel est l'état actuel de la question au point de vue scientifique.

Rappelons, pour terminer, que si les médecins discutent encore certaines indications de l'avortement thérapeutique, ils sont unanimes à en admettre la légitimité, en France comme à l'étranger.

« Tous les accoucheurs modernes reconnaissent la légitimité de l'avortement thérapeutique.

(1) Ribemont-Dessaigne et Lepage. Procès d'obstétrique.

C'est seulement dans la fixation des indications que diffèrent les auteurs...

L'avortement thérapeutique, l'interruption de la grossesse à une époque où le fœtus est encore incapable de vivre de la vie extra-utérine, doivent être pratiqués si c'est là le seul moyen de sauver la vie de la mère. La légitimité est ici évidente. Il est des circonstances où le médecin ne peut que choisir entre sauver la mère, en provoquant l'avortement, ou la laisser mourir. Si la mère succombe, le fœtus meurt également : dans les deux cas, sa vie est sacrifiée. La situation est celle-ci : sauver la mère ou laisser mourir la mère et l'enfant Dans ces conditions, il est non seulement du droit, mais du devoir du médecin de pratiquer l'avortement. » (1)

Dans quelles conditions le médecin s'assurera-t-il le consentement de la mère ?

Les opérations obstétricales qui sacrifient le fœtus sont légitimes. Le médecin qui les aura pratiquées ne pourra de ce fait être inquiété, pas plus que s'il avait fait une amputation, une castration, un redressement de membre. Mais il ne suffit pas qu'une opération soit licite : il faut encore — nous l'avons établi dans la première partie de ce travail — que le malade ait donné son consentement.

(1) Sippel.

Tout d'abord, le médecin peut-il refuser son concours ?

En principe, le ministère du médecin est parfaitement libre. Il pourra donc refuser de se rendre à l'appel d'une femme enceinte, même quand cette dernière se trouve, soit en raison de l'éloignement, soit pour toute autre cause, dans l'impossibilité de requérir un homme de l'art. Il ne doit compte de sa conduite sur ce point qu'à sa conscience.

C'est ainsi que la Cour de Cassation a jugé, le 4 juin 1830, qu'une sage-femme qui refuse de se rendre auprès d'une indigente en couches n'est pas atteinte par la loi ; « qu'il n'existe dans notre législation aucune peine qui puisse être appliquée à un tel refus, tout inhumain et blâmable qu'il soit ! »

Le tribunal de Yongres (Belgique) a jugé, le 28 juin 1844, que le fait d'un accoucheur qui refuse ses soins, bien qu'il mérite le blâme le plus sévère, n'est passible d'aucune peine, encore même que ce refus ait entraîné la mort de la femme.

Le refus d'un médecin de se rendre auprès d'une femme en couches n'est donc pas atteint par la loi pénale ; il ne saurait non plus donner lieu à une demande en responsabilité civile et en dommages-intérêts.

Mais quand le médecin a commencé à traiter une malade, quand il a entrepris une cure, il ne peut

(1) Cassation, 9 fructidor an X et 4 juin 1830.

l'abandonner si la patiente a encore besoin de ses soins. S'il le faisait, il serait tenu à réparation.

La question s'est posée devant les tribunaux (1).

Le tribunal de Senlis a jugé que le médecin qui abandonnait tout à coup son malade sans le prévenir et sans lui donner le temps de recourir à un autre médecin, est obligé à réparation. Mais encore faudrait-il établir que le dommage résultant pour le malade de l'abandon de son médecin soit prouvé. (Amiens, 16 novembre 1857).

Par conséquent, le médecin qui a donné ses soins à une femme pendant le cours de sa grossesse, ne peut l'abandonner au moment de l'accouchement.

Le médecin se rend auprès de la parturiente. Il reconnaît la nécessité d'une opération obstétricale.

Doit-il prévenir la malade ? — Le consentement de la femme consciente est indispensable pour la pratique d'une opération obstétricale.

Il faut forcément prévenir la parturiente pour l'obtenir. Cependant on a soutenu que le seul fait pour une femme d'avoir demandé à un médecin de l'accoucher implique vis-à-vis de celui-ci une confiance absolue d'où, pour le praticien, une liberté complète dans le choix et la mise à exécution des opérations jugées nécessaires.

« La femme enceinte qui se confie a un médecin lui donne, par ce fait même, le mandat de sauvegarder sa vie et celle de son enfant au moment de l'accouchement, que l'opération soit naturelle ou

artificielle. On peut discuter sur l'opportunité d'une amputation : le patient peut accepter ou refuser l'opération ; mais, il ne peut discuter et ne discute pas sur la valeur de tel ou tel procédé. Or, chez la femme en travail, on ne peut discuter l'opportunité de l'opération ; celle qui doit fatalement s'accomplir, c'est l'accouchement ; et alors que, le plus souvent, on ne sait qu'à la dernière période du travail si l'opération sera naturelle ou si l'on devra intervenir. Alors que l'homme le plus expérimenté ignore ce qu'il va être obligé de faire, alors qu'une indication opératoire urgente se montre, vous voulez discuter avec la parturiente ? (1) ».

Cette opinion de M. Pinard n'est pas partagée par ses collègues. Il est tout à fait excessif d'affirmer que la femme qui s'est confiée à un accoucheur a abandonné la libre disposition de son corps. Quand la femme choisit un accoucheur, elle entend se fier à lui pour un accouchement simple.

Si le médcin est amené à pratiquer une opération, on ne peut présumer que la femme a donné tacitement son autorisation. La femme a pu donner mandat à l'accoucheur de l'assister pendant sa délivrance. Mais le mandant n'a pu charger le mandataire de faire des actes autres que ceux qui faisaient l'objet du mandat. Il faut, pour apprécier l'étendue du contrat, nous placer à l'époque où le contrat a été conclu. A ce moment, la femme qui a donné

(1) Pinard « Le fœticide » Semaine Médicale 1901.

mandat à l'accoucheur de l'assister ne prévoyait qu'un accouchement sans danger. Elle a pu croire que sa conformation était normale; elle a, par suite, donné mandat à l'accoucheur de faire les actes que réclame une délivrance naturelle.

Mais si, après avoir examiné la femme enceinte, l'accoucheur l'a prévenue qu'il serait, lors de l'accouchement, dans l'obligation de pratiquer une opération sanglante et si la femme a prié le médecin de l'assister à ce moment, celui-ci ne sera plus tenu d'avertir la parturiente.

Il n'est pas suffisant pour l'accoucheur d'aviser les proches de son dessein.

Leur consentement ne suffit pas pour permettre au chirurgien d'opérer.

C'est celui de la patiente qui doit être acquis.

De quelle manière la femme doit-elle être prévenue ? — Certains accoucheurs se contentent de dire à la patiente qu'ils vont l'aider.

Ils ne précisent pas autrement l'intervention qu'ils ont le dessein de pratiquer.

Mais le mot employé prête à la confusion.

De bonne foi, une parturiente à laquelle on dit qu'on va l'aider peut croire que l'accoucheur va pratiquer seulement une application de forceps.

« Parler de la même façon quand il s'agit de faire une section césarienne ou une symphyséotomie ou une embryotomie, c'est singulièrement diminuer

l'importance de ces opérations » dit Monsieur le professeur Bar dans une leçon faite en 1002 à la Maternité de Saint-Antoine ; leçon fort intéressante, et à laquelle nous aurons recours plus d'une fois dans la suite (1)

Une patiente qui aurait subi une symphyséotomie par exemple, et qui serait restée infirme dans la suite, serait en droit de réclamer des dommages-intérêts au chirurgien qui, avant de l'opérer, se serait contenté de lui dire : « Madame, je vais vous aider. » Le consentement de la femme serait entaché d'erreur. Ce vice entraînerait la nulité du contrat intervenu entre la femme et le médecin.

« Devrons-nous, dit M. Pinard, faire un cours d'obstrétique opératoire à la malheureuse en période d'expulsion ; lui montrer les instruments que nous allons employer ; lui mettre sous les yeux le pourcentage de mortalité inhérent à chaque mode d'intervention ? »

Ce serait là une grosse faute ; presque certainement la femme ne voudrait plus ensuite autoriser une intervention. Mais il est possible de la convaincre moins brutalement de la nécessité d'une opération.

« Dites lui qu'elle ne peut accoucher seule ; que vous devez lui faire une opération, que celle-ci est la seule qui vous paraisse bonne ; dites que cette opération est sérieuse, mais qu'elle s'annonce bien.

(1) Presse Médicale 5 avril 1902.

Ajoutez, si vous devez faire la section césarienne, que l'enfant ne pouvant être extrait par les voies génitales, vous le sortirez par la voie abdominale. Si vous devez faire la symphyséotomie, dites que vous allez agrandir le bassin ; montrez à la femme qu'elle aura un enfant vivant. » (1)

« Devez vous laisser ignorer à la femme qu'il est d'autres interventions susceptibles d'être faites ? Si vous pensez pratiquer la section césarienne, devez-vous, par exemple, l'avertir que cette opération pourrait être évitée par le broiement de l'enfant ?

Je vous engage à ne pas le faire. Pourquoi du reste le feriez-vous ? Parce que vous avez des hésitations quant aux indications de l'opération ? Nais s'il en est ainsi, ce n'est pas à la patiente que vous devez en référer, c'est à ceux de vos confrères que vous estimez pouvoir vous éclairer. Parce que vous entendez laisser à la mère le soin de décider ? Mais vous intervertissez les rôles. C'est à vous de donner une décision après avoir répondu dans votre conscience à toutes les objections. »

La femme peut-elle imposer à l'accoucheur l'opération qui lui convient ?

Lorsque la femme se prononce pour la pratique d'une opération préjudiciable à l'enfant, il peut se

(1) M. Bar. — Presse médicale 1902. Une leçon faite à la Maternité de l'hôpital St-Antoine. 23 janvier 1902.

faire que le médecin pense aussi en lui-même que le sacrifice de l'enfant est l'intervention indiquée. Mais l'accoucheur peut penser autrement que la mère. Celle-ci demande l'embryotomie, celui-là juge que les circonstances sont très favorables à l'opération césarienne ou de la symphyséotomie. Que va-t-il résulter de ce conflit ? Le plus souvent l'accoucheur, grâce à l'autorité morale qu'il aura prise sur la parturiente, grâce à la confiance qu'il aura su lui inspirer parviendra à la convaincre. Parfois cependant celle-ci ne voudra pas céder.

M. Maxwel (1) pense que si le médecin « est dans une ville où il a des confrères et s'il n'y a pas urgence, il pourra peut-être refuser son concours et demander qu'on le remplace. Mais, continue-t-il, s'il y a urgence et si les autres médecins sont trop éloignés, il devra faire l'opération réclamée par la parturiente, même si elle entraîne la mort de l'enfant. »

M. Maygrier partage le même avis.

« Lorsque le médecin n'a pas le temps devant lui, les minutes sont trop précieuses pour qu'on les laisse s'écouler ainsi sans agir ; les conditions dans lesquelles se trouve la parturiente sont moins bonnes.

Il nous semble que dans ces cas urgents où

(1) Maxwell. — Discours de rentrée de la Cour de Bordeaux, 1901. « De quelques cas de conscience en médecine » *Semaine médicale*, 1901, 30 octobre.

l'accoucheur ayant proposé la symphyséotomie ou la césarienne se heurte à un refus formel et où il lui est impossible de se substituer un confrère, il n'a pas le droit de se dérober. Il se trouve contraint et forcé, acculé au fœticide, sous peine de mettre la vie de la mère en danger et son devoir est, malgré toute sa répugnance, de faire l'embryotomie, aussi bien par humanité que pour ne pas se rendre responsable des accidents graves que son abstention pourrait entraîner. »

MM. Pinard et Bar, protestent contre cette manière de voir. « Si l'on refuse, dit le premier, l'intervention que vous jugez nécessaire et si l'on vous impose l'embryotomie sur l'enfant vivant, ne consentez jamais à devenir l'exécuteur de basses œuvres et retirez-vous ! »

M. Bar, pour bien juger de la solution que comporte une pareille situation, envisage la question au double point de vue du principe et de la pratique.

« En principe, la parturiente ne peut pas plus imposer sa volonté à l'accoucheur, que celui-ci ne peut lui imposer la sienne.

« En pratique, le plus souvent pour peu que le le médecin ne heurte pas les sentiments de la parturiente par des décisions absolues et sans appel, il est facile de trouver une solution qui convienne à la malade et soit acceptable pour l'accoucheur. C'est ainsi que doivent se résoudre et se résolvent de semblables situations. »

« Mais poussons les choses à l'extrême, et imaginons qu'il n'en soit pas ainsi. L'accoucheur aura proposé de faire une opération grave (ce sont les seules où de pareils cas de conscience se posent) une symphyséotomie ou une opération césarienne par exemple ; la parturiente refuse et demande que son enfant soit broyé. L'accoucheur ne veut pas pratiquer l'embryotomie sur un enfant vivant. Que fera-t-il ? »

La question qui se pose est celle de savoir si la pasturiente peut demander et exiger telle ou telle intervention qu'elle jugera à propos. Or, si elle peut demander telle ou telle opération, elle ne peut l'exiger. En effet, l'accoucheur est seul juge si l'intervention demandée est acceptable. S'il estime cette intervention contre-indiquée, nulle force ne peut l'obliger à la pratiquer.

Mais, dira-t-on, une opération permettant de sauver la mère par le sacrifice de l'enfant (dans le cas d'embryotomie, par exemple) n'est jamais contre-indiquée. D'accord, mais dans la réalité, quand on refuse de pratiquer l'embryotomie, on n'entend nullement sacrifier la mère à l'enfant ; « mais on estime que l'opération permettant d'avoir un enfant vivant ne fait pas courir à la parturiente de trop grands risques et on considère que la vie d'un enfant les vaut. »

« Un accoucheur peut donc, dit M. Bar, sans être accusé de sacrifier la mère, considérer l'embryoto-

mie comme étant dans un cas donné, contre-indiquée, inacceptable ; il peut, en toute conscience, maintenir sa décision, »

« Mais, dira-t-on, les circonstances sont pressantes, les autres médecins sont éloignés ; laisserez-vous mourir la mère plutôt que faire l'embryotomie? Si respectable que soit le principe que vous invoquez, n'en est-il pas un qui domine tous les autres? celui de prêter votre secours à qui en a besoin. Or, de ce que vous vous serez refusés à intervenir comme la mère vous le demandait, celle-ci mourra.» Assurément, l'argument a sa valeur (1), mais dans un cas de ce genre il faudra pourtant qu'une des deux volontés cède à l'autre. Or, le plus souvent, la volonté du médecin, si elle a été bien réfléchie ne cèdera pas.

Au cas où la parturiente refuse l'opération jugée utile par l'accoucheur, celui-ci peut-il passer outre ?

La question se pose à l'hôpital comme en ville. Elle a été encore, il y a quelques années, soulevée devant le comité consultatif de l'Assistance Publique à Paris.

Le 20 mars 1889, M. Pinard pose au directeur de l'Assistance Publique, M. Napias, la question sui-

(1) M. Bar. — Leçon faite à la Maternité de Saint-Antoine, le 23 janvier 1902.

vante : « Existe-t-il des règlements sur lesquels un accoucheur, chef de service, puisse et doive s'appuyer pour déterminer son intervention dans les circonstances suivantes : femme en travail ne pouvant accoucher spontanément par suite de rétrécissement du bassin et refusant toute opération autre que le broiement de son enfant, alors que ce dernier est vivant ? » Le 1er novembre 1899, M. Napias fait la réponse suivante : « Le Conseil de surveillance, à qui j'ai soumis votre question, n'a pu émettre un avis ferme sur un cas qui lui a paru, par son essence même, échapper à toute règlementation. La Commission du Conseil de surveillance a considéré qu'il s'agissait là d'un cas de conscience estimant qu'il n'était pas possible de passer outre la volonté de la femme qui se refuserait à laisser pratiquer sur elle toute opération pouvant présenter quelque danger pour sa vie. »

Peu après, le comité consultatif de l'assistance publique, consulté sur ce point : « Quelle attitude doit tenir un accoucheur en présence du refus formel de la parturiente, soignée dans un hôpital, de se laisser opérer ou de ne se laisser opérer que dans des circonstances déterminées ? » répondit :

« Considérant... que le principe fondamental en la matière est celui du respect de la liberté humaine ; que le malade n'appartient au médecin et au chirurgien que dans la mesure de sa propre volonté et de sa confiance ; qu'il a le droit quand bon lui semble de ne pas accepter les médicaments prescrits et

de refuser l'opération proposée... Que la mère a le droit d'être juge de ce qui lui convient d'accepter ou de subir pour sa délivrance... »

Décide :

« 1° Que si la parturiente soignée dans un hôpital, agissant dans sa pleine liberté d'esprit refuse de se laisser opérer, l'accoucheur, après lui avoir fait toutes les représentations nécessaires, doit s'incliner devant sa volonté nettement exprimée ;

« 2° Que si elle ne consent à se laisser opérer que dans des conditions déterminées, l'accoucheur doit encore s'incliner, à moins que ces conditions soient inacceptables en elles-mêmes ou contraires aux règles de l'art et de nature à rendre l'opération plus dangereuse qu'utile, cas auquel l'accoucheur doit s'abstenir ;

« 3° Que cependant, il peut se présenter des cas exceptionnels où, à raison de ce que par suite de l'état habituel ou accidentel de la parturiente, elle peut ne pas être considérée comme ayant son libre arbitre, et que, devant la nécessité évidente d'une opération, après avoir, si c'est possible, pris l'avis du mari ou, à son défaut, des proches parents, l'accoucheur doit agir d'autorité sous sa responsabilité morale.

Que, en pareil cas, sa responsabilité matérielle ne peut être engagée, soit au point de vue pénal, soit au point de vue civil, que s'il est reconnu en fait qu'il y a eu abus de sa part ou qu'il ne s'est pas conformé aux règles certaines de son art. »

Quelle est la conduite à tenir quand il est reconnu dès le début de la grossesse que la femme ne pourra être délivrée à terme, autrement que par une opération césarienne ?

M. Maygrier s'est occupé de cette question. Dans le rapport qu'il fit en 1902 à la société de médecine légale, il répond au nom d'une commmission : (1) « la mère consciente doit être mise au courant de la situation et consultée sur le choix de l'intervention : avortement provoqué ou césarienne à terme. Elle est maîtresse de son corps et sa décision est prépondérante. L'avis du mari, lui-même, dûment informé, ne peut être pris en considération s'il est différent. Si donc, la femme se refuse à se laisser faire l'opération césarienne et réclame l'interruption de sa grossesse, le médecin a le droit de pratiquer l'avortement.

Comme il n'y a pas urgence, il est libre de se retirer ; mais il n'encourt en intervenant aucune responsabilité ; il doit seulement avoir soin, dans cette éventualité heureusement rare, de s'entourer de l'avis d'un ou de deux confrères. »

Avis des Parents. — Nous avons supposé jusqu'ici que la parturiente jouissait de son libre arbitre.

(1) La commission était composée de MM. Constant-Demange, Jacomy, Lutaud, Maygrier, Picqué, Roché et Vebert.

On peut dans ce cas, se demander qu'elle valeur peut avoir l'avis des parents de la parturiente ?

« Il arrivera souvent que des femmes demanderont à consulter leur mari, leur mère ; non seulement vous devez les engager à le faire, mais vous ne devez jamais vous refuser à exposer votre opinion à ceux que la femme désire avoir pour conseils. » (Bar).

Cas de la femme non consciente. — L'avis de la patiente l'emporte sur tous les autres. Qu'arrivera-t-il si la femme n'est pas consciente ? En général, dans ce dernier cas, il y a urgence à procéder à l'opération, ce qui permettra au médecin de pratiquer d'autorité l'opération qu'il croit utile.

Cependant, bien que rare en pratique, le cas peut se présenter où *la parturiente n'est pas consciente et où il n'y a pas d'urgence.*

« Des intérêts pécuniaires considérables sont en jeu ; la jeune femme a une fortune personnelle qui appartiendra à son enfant s'il survit ; dans le cas contraire, les parents auront leur réserve, le mari des droits nouveaux que lui donne l'article 767. Il peut être même le légataire universel de sa femme.

On peut supposer, et, j'ai lieu de croire que le cas s'est présenté dans la pratique, que ces intérêts contradictoires entrent en conflit et mettent en opposition les parents et le mari de la malade ; que fera le médecin ?

Il obéira, il me semble, à ceux des proches de la

parturiente qui sollicitent l'opération la moins dangereuse pour elle, car il y a présomption que telle serait la volonté de la mère. » (1)

Dans le doute, selon l'avis de Maxvell, il faut penser que la mère se serait décidée au sacrifice de l'enfant. C'est tenir peu compte de l'affection que porte la mère à son enfant ; il semble plutôt que la femme aurait suivi le conseil de l'accoucheur en qui elle a mis sa confiance. Au point de vue pratique c'est la meilleure solution : l'accoucheur, en effet, se décidera à une opération en envisageant seulement les intérêts de la mère et de l'enfant. Il agira en toute indépendance d'intérêt et en connaissance de cause. Nous pensons, du reste, que la délégation du droit d'accepter ou de refuser une opération ne peut être faite lorsqu'il s'agit d'un majeur. Il peut être utile au médecin de demander leur avis aux proches de la parturiente majeure quand celle-ci est incapable de manifester sa volonté; mais nous croyons que, même s'il n'y a pas urgence, l'accoucheur pourra agir dans le sens qu'il jugera le plus favorable à la malade quelle que soit l'opinion des proches. Dans ce cas, il n'agit que sous sa responsabilité morale et ne pourrait être taxé d'imprudence.

Si l'urgence n'était pas absolue, le médecin au lieu de se retirer comme il peut alors le faire, pourrait demander en référé au président du tribunal,

(1) M. Maxvell, déjà cité.

jugeant en son hôtel, l'autorisation de procéder à l'opération. Un expert sera nommé de suite ; suivant la décision de ce dernier, l'opération sera ou ne sera pas faite.

M. Maygrien partage cet avis : « Lorsque la mère est inconsciente, incapable pour une raison quelconque d'exprimer clairement sa volonté, le médecin a le devoir, avant de pratiquer l'opération qu'il juge utile de prévenir les personnes qui ont autorité légale sur la patiente, son mari ou ses proches parents. Mais, que faire si leur désir ne s'accorde pas avec l'opinion du médecin ? J'estime que l'autorité du mari ou des proches ne va pas jusqu'à engager la vie de la femme inconsciente. Aussi, tout en tenant compte du désir exprimé dans la mesure du possible, le médecin reste-t-il libre de passer outre sans encourir de responsabilité. Il agira avec prudence en sollicitant l'avis d'un confrère avant d'intervenir. »

Dans les cas enfin, où par suite d'un conflit d'intérêts, il y aurait dissentiment entre le mari et les proches parents sur la conduite à adopter pour la terminaison de l'accouchement, il n'est pas douteux que l'avis du mari soit prépondérant. Mais cependant, dans cette circonstance, le médecin fera bien d'agir avec une extrême prudence.

Parturiente en état d'aliénation mentale. — Un dernier cas enfin peut se présenter : la parturiente est une aliénée ; il ne peut être question de lui de-

mander son consentement puisque la législation la met au rang des incapables.

Nous pensons que dans ce cas, et s'il y a urgence, l'accoucheur pourra agir de son autorité, quand ni le mari, ni les proches parents ne sont présents, ou bien s'ils n'ont pas formulé d'opposition à l'intervention proposée par lui. Mais, en cas d'opposition de leur part, le médecin agira prudemment en n'insistant pas.

Mort de la femme enceinte. — La mère peut mourir pendant l'accouchement avant la délivrance de l'enfant et même, si cette mort se produit depuis le septième mois de la grossesse, la situation sera la même. Si l'accoucheur n'opère pas, l'enfant va mourir. C'est au mari ou aux parents de la défunte qu'il demandera l'autorisation d'agir. Il fera tous ses efforts pour les convaincre que c'est le dernier moyen de sauver l'enfant. Mais si la famille, redoutant la venue d'un héritier, refuse le consentement, le médecin n'étant pas un redresseur de torts, n'a pas à passer outre à l'opposition.

CONCLUSION

Le médecin doit, pour pratiquer une opération quelle qu'elle soit, obtenir le consentement de son malade. C'est un principe général dont nous avons vu l'application au cas spécial de la femme enceinte. Mais, auparavant, nous avons tenu à faire une étude rapide de la responsabilité médicale que le médecin encourrait si, sans autorisation, il faisait une opération grave. Cette responsabilité n'est pas la même que celle qui frappe le médecin lorsqu'il commet une faute lourde dans la pratique de l'art de guérir. Dans ce cas particulier, les articles relatifs à l'exécution des conventions ne trouvent plus leur application. Seuls les articles 1382 et 1383 concernant les délits et quasi-délits subsistent.

Aucune considération, même très louable en elle-même, comme le seraient par exemple l'intérêt de la science ou l'intérêt du malade n'autorisera le médecin à se passer du consentement de ce dernier. Néanmoins, nous avons vu que dans les cas d'urgence, le médecin pourra ne pas consulter son malade.

La question du consentement se complique dans le cas de la femme enceinte. C'est qu'alors intervient un tiers : le fœtus. Il ne peut être consulté et cependant son existence dépend du choix de l'opération qui va être pratiquée.

De plus, en général, les intérêts de la mère et ceux du fœtus sont en opposition. Pour prendre parti dans ce conflit, nous avons recherché quels étaient sur cette grave question, les enseignements de nos lois, de la religion, de la morale et de la science.

Notre code pénal punit sévèrement le meurtre du fœtus, cependant l'avortement et le fœticide thérapeutique ne sont pas punissables ; leur but n'est pas de supprimer une existence, mais de sauver la vie à une femme qui succomberait sans cela.

Les enseignements de l'Eglise catholique, nous devons le reconnaître, ne sont pas favorables au sacrifice de l'enfant. Cependant, la pratiqve de l'accouchement prématuré et le sacri-

fice de l'enfant dans le cas de grossesse extra-utérine sont autorisés.

On ne peut pas, non plus, demander à la mère, au nom de la morale, de se sacrifier pour son enfant. La charité pourrait l'y pousser, la morale n'a pas de telles exigences. La mère a le droit de se défendre contre l'agression du fœtus, l'innocence de ce dernier ne prive pas la mère de son droit.

Malgré les progrès réalisés de nos jours par la chirurgie obstétricale, les opérations qui ont pour but de sauver la vie du fœtus, comme la section césarienne et la symphyséotomie demeurent dangereuses pour la mère ; celles, au contraire, qui comme l'embryotomie, sacrifient le fœtus, présentent pour la mère le minimum de danger. Aussi, la plupart des médecins estiment-ils, qu'aujourd'hui encore, ces dernières sont légitimes aux yeux de la science.

Le principe général qui veut que, pour procéder à une opération le médecin obtienne le consentement de son malade reçoit donc ici son application.

Il n'est pas suffisant pour l'accoucheur d'aviser les proches de l'opération, qu'il croit devoir tenter.

La parturiente ne doit pas ignorer qu'elle intervention on lui propose.

Si le médecin peut montrer à la femme les avantages de l'opération qu'il propose, il n'a pas le droit d'imposer sa volonté à la parturiente pas plus que celle-ci ne peut imposer la sienne à l'accoucheur.

Nous avons vu que ce principe est aussi celui du comité consultatif de l'assistance publique.

L'avis de la femme, jouissant de son libre arbitre, l'emporte sur celui de ses parents.

Mais si elle est dans l'impossibilité de manifester sa volonté, le mari, les parents seront appelés à donner leur avis.

Vu : *Le Président de la thèse*,

P. BAR.

Vu : *Le Doyen*,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AUBRY ET RAU. — Annales de la socité obstétricale de France. Droit civil français. Deux questions obstétricales. Leçon faite à la Marternité de l'hôpital Saint-Antoine le 13 janvier 1902.

BAR. — La Maternité de l'hôpital Saint-Antoine. Leçons de pathologie obstetricale, 1900, un fascicule. Paris 1900, leçons cliniques. Presse médicale, 15 février et 5 avril 1902.

BEGUIN. — Comptes-rendus de l'Académie de médecine, 1852.

BROUARDEL. — La responsabilité médicale de l'avortement.

DECHAMBRE. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

DEBREYNE. — Traité de physiologie orthodoxe, Paris 1862.

Dubois. — Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 1843.

Goritia. — 62e tableau de l'embryologie sacrée.

Janouli. — Ueber Kaiserschmitt ûnd Perforation in gerichtlichmedizinischer Bezeihûng, 1834.

Maxwell. — « De quelques cas de conscience en médecine ». Discours prononcé à la séance de la Cour de Bordeaux. (30 octobre 1901. Semaine médicale).

Moureau et Lavrand. — Le médecin chrétien, Lille 1902.

Pinard. — Leçons cliniques, Paris, 1899. Fœticide thérapeutique. Semaine médicale, 4 décembre 1901.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Procès d'obstrétique, 1899.

Tertulien. — Apologétiquée.

Thomas d'Aquin. — Summa Theologica Quest 64.

Wolf. — « Die Kinstliche abortus ûnd seine Berechtigung (1894).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 7

PREMIÈRE PARTIE. — Principe : Le médecin doit obtenir le consentement du malade quand il s'agit d'une opération quelle qu'elle soit. 10

1° Responsabilité civile et pénale en général... 12

2° La responsabilité civile existe lorsque le consentement n'a pas été donné..... 16

3° Restriction au principe dans le cas d'urgence 26

SECONDE PARTIE. — Application du principe. Opérations sur la femme enceinte..... 29

A) Le médecin peut-il légitimement sacrifier le fœtus..... 32

1° Point de vue légal..... 32

2° Point de vue religieux..... 57

3° Point de vue moral..... 65

4° Point de vue scientifique..... 71

B) Dans quelles conditions le médecin s'assurera-t-il le consentement de la mère..... 90

CONCLUSION..... 109

Imprimerie spéciale de la Librairie
H. CHACORNAC & M. DOUTAUT
9, rue de l'Éperon, PARIS